

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Charles BOUVERET

Ex-Interne des hôpitaux de Besançon
et Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Besançon

DES

KYSTES ENTÉROÏDES

Juxta-intestinaux et juxta-ombilicaux

Président : M. TERRIER, Professeur.

Aug. BROCA, Agrégé.

Juges MM. } RIEFFEL, Agrégé.

LEGUEU, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

M. DEBOVE.
MM

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

CH. RICHET
GARIEL
GAUTIER
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL
BRISAUD
LANNELONGUE
CORNIL

SEGOND
POUCHET
GILBERT
CHANTEMESSE
THOINOT
DEJERINE
ROGER

Clinique médicale

HAYEM
DIEUJEAFOY
DEBOVE
LANDOUZY
GRANCHER
JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND
LE DENTU
TERRIER
BERGER
RECLUS
DE LAPERSONNE
ALBARRAN
PINARD
BAR
POZZI
KIRMISSON
Albert ROBIN

Maladies des Enfants
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique

Agrégés en exercice.

MM

MM

MM

MM

AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BEZANCON
BRINDEAU
BROCA André
CARNOT
CLAUDE
CUNEO
DEMELIN

DESGREZ
DUPRE
DUVAL
FAURE
GOSSET
GOUGET
JEANSELME
LABBE
LANGLOIS
LAUNOIS

LEGRY
LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MAUCLAIRE
MERY
MORESTIN
POTOCKI

PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques.
TEISSIER
THIROLOIX
VAQUEZ
WALLICH

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR L.-A. BOUVERET

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. RROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le professeur BUDIN (*in memoriam.*)

M. le docteur DEMELIN, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.

M. le docteur COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. le docteur RÉNON, professeur agrégé, médecin de l'hôpital de la Pitié.

M. le docteur LERMOYEZ, médecin des hôpitaux, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BESANÇON

MM. les docteurs CHAPOY, GAUDERON, MANDE-
REAU, PRIEUR, ROLAND, HEITZ, BAIGUE, BAUDIN,
BOLOT, HYENNE, MORIN, VAISSIER.

En témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

On peut rencontrer au voisinage de l'intestin plusieurs variétés de kystes : les uns se développent dans cette région comme ils se développeraient en n'importe quel autre point dans la cavité abdominale ; d'autres sont vraiment spéciaux à la région para-intestinale et ont avec le développement du tube digestif lui-même des relations pathogéniques fort intéressantes.

Enumérons rapidement ceux de ces kystes que nous devons éliminer comme n'appartenant pas à notre sujet :

1° Les *kystes hydatiques*, généralement multiples, généralement secondaires à un kyste du foie et qui n'offrent rien de particulier en cette région de l'abdomen.

2° Les *kystes lymphatiques* qui siègent dans le mésentère ou le mésocôlon, qui sont multiloculaires, qui contiennent un liquide séreux ou chyleux, et dont la paroi interne est tapissée par un endothélium aplati. (On peut en rapprocher les lymphangiomes kystiques, tumeurs exceptionnelles.)

3° Les *kystes dermoïdes* qui peuvent siéger, non seulement au niveau de l'ombilic, mais parfois, fait plus rare, au niveau de l'épiploon et du mésentère où ils peuvent arriver au contact de l'intestin lui-même. Ces tumeurs sont très rares et on n'en connaît que quelques observations.

4° Les *kystes tératoïdes*.

5° Les *kystes de l'ouraue*.

6° Enfin les *kystes entéroïdes* ou *entérokystomes* de Roth, tumeurs véritablement spéciales cliniquement, histologiquement et pathogéniquement au tractus intestinal, et qui seules nous occuperont ici.

Le caractère essentiel de ces tumeurs est leur structure rappelant plus ou moins celle de l'intestin avec muqueuse à cellules cylindriques et cryptes rappelant les glandes de Lieberkühn.

Au point de vue pathogénique on doit les rattacher dans la majorité sinon dans la totalité des cas à des malformations de développement du canal omphalo-mésentérique, ce qui explique aussi bien leur situation juxta-intestinale au niveau de l'iléon, que leur situation para-ombilicale au niveau de la paroi abdominale.

Enfin, au point de vue clinique, leur histoire et leur importance peuvent se résumer en un mot : ces kystes sont fréquemment la cause d'une occlusion intestinale, produite le plus souvent par volvulus.

C'est pourquoi leur existence doit être bien connue du chirurgien, surtout du chirurgien d'enfants, car comme nous le verrons il s'agit de kystes congénitaux produisant souvent l'occlusion intestinale dans les premiers jours après la naissance.

Quand nous faisons allusion à leur importance chirurgicale nous parlons plutôt au point de vue opératoire qu'au point de vue clinique ; en effet la symptomatologie des kystes entéroïdes est trop obscure pour qu'on puisse espérer en faire à coup sûr le diagnostic soit en dehors de toute com-

plication, soit en face d'un cas d'occlusion intestinale ; de fait, dans aucune des observations publiées jusqu'ici, le diagnostic exact n'a été fait ; et il ne semble pas qu'à l'avenir il en puisse être différemment, même pour un chirurgien prévenu de leur existence. Toutefois il est possible qu'en face d'une occlusion survenant chez un nouveau-né et siégeant au niveau de l'iléon, on puisse penser à la possibilité d'un entérokystome ; mais la rareté de ces tumeurs est telle que cette hypothèse ne devra venir à l'esprit qu'après bien d'autres, plus plausibles et ayant trait à des causes plus communes d'occlusion intestinale.

Ces kystes sont en effet fort rares, puisque nous n'avons pu en rassembler qu'une quarantaine d'observations recueillies pour la plupart dans la littérature allemande. Bien que des observations non contestables en aient été publiées dès 1813, 1834 et 1852 par Tiedemann, Houston et Raesfeld, c'est à Roth (1881) qu'on doit leur description anatomique et histologique, et c'est cet auteur qui a attiré l'attention sur leur origine congénitale, en rapport avec les restes du canal omphalo-mésentérique. Il existe en France un seul travail sur la question, celui de Terrier et Lecène (1904) qui ont donné une description et une classification de ces kystes, et les ont nettement différenciés des autres kystes juxta-intestinaux. Plus récemment, nous devons citer le mémoire de Colmers (1906).

Enfin, notre maître M. Broca, à l'occasion d'un cas observé et opéré par lui, nous a conseillé de reprendre l'histoire d'ensemble de ces kystes et a bien voulu nous communiquer son observation inédite. Nous sommes heu-

reux, au début de ce travail, de lui adresser nos plus sincères remerciements et de lui redire quel souvenir profondément reconnaissant nous gardons de son accueil bienveillant, de ses remarquables leçons cliniques et de ses judicieux conseils.

ÉTIOLOGIE

Les kystes entéroïdes, tels que nous les avons définis, ne sont pas d'une très grande fréquence, surtout si l'on songe au nombre relativement élevé d'autopsies dans lesquelles (2 pour 100 autopsies), on peut constater des restes du diverticule de Meckel, c'est-à-dire au nombre de cas dans lesquels certaines conditions de production de ces kystes se trouvent partiellement réalisées. Toutefois, il est probable que leur fréquence réelle est beaucoup plus grande que celle qui apparaît d'après le petit nombre des cas publiés (nous n'avons pu en trouver, en compulsant la littérature française, allemande et anglaise, que 43 observations). En effet, la plupart des faits qui ont été publiés, concernent des cas ayant offert une symptomatologie plus ou moins en rapport avec l'existence et le siège du kyste, occlusion intestinale pour prendre l'exemple le plus fréquent. Dans un petit nombre de cas, il s'agit de trouvailles d'autopsie, encore existe-t-il, dans cet ordre de faits, bien des cas qui n'ont pas été publiés. D'autre part, étant donné qu'on examine rarement, aux autopsies, l'intestin grêle systématiquement dans toute sa longueur, il est probable que nombre de cas ont

passé complètement inaperçus. C'est pourquoi nous pensons qu'il ne faudrait pas inférer du petit nombre de cas publiés à la rareté réelle de ces kystes, dont les traités classiques parlent à peine, et qui n'avaient fait l'objet d'aucun travail en France avant le mémoire de Terrier et Lecène.

Age. — Le fait essentiel et qui domine toute l'étiologie de ces kystes est leur congénitalité. Dans bien des cas, c'est seulement vers 30 ou 40 ans que le kyste a été découvert soit à l'opération soit à l'autopsie, mais ce fait n'est nullement un argument contre l'origine congénitale des entérokystomes, pas plus d'ailleurs que pour le rein polykystique, affection congénitale et qui pourtant, dans la plupart des cas, ne révèle son existence par des symptômes cliniques que vers la cinquantaine. Dans un cas comme dans l'autre, la lésion est demeurée latente pendant un temps plus ou moins long, et il semble bien que l'apparition des complications mécaniques qui révèlent l'existence des kystes intestinaux soit uniquement due au hasard, puisque souvent ces complications ont fait défaut d'une façon absolue, de sorte que l'affection est restée absolument latente.

Si donc, assez souvent, il s'agit d'adultes, il n'en est pas moins vrai que, beaucoup plus fréquemment, les kystes intestinaux sont découverts chez des enfants de 15, 13, 10, 6, 3 ans, et même chez des nouveau-nés. La proportion d'observations d'entérokystomes observés dès la naissance est d'ailleurs fort élevée, et nous devons même signaler ce fait que dans un cas encore unique (Hennig) le kyste entéroïde a pu être une cause de dystocie, tout comme

l'ascite congénitale, l'hydronéphrose congénitale et le rein polykystique.

Il est donc inutile de faire un tableau des âges auxquels ont été observés les kystes intestinaux : leur fréquence va en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la naissance : après 30 ans, ils deviennent rares mais existent encore (38 ans, Rimbach ; 63 ans, Quensel).

Dans le cas inédit que nous tenons de M. Broca, il s'agissait, comme dans un grand nombre d'observations, d'un nouveau-né de six jours.

Coexistence avec d'autres malformations congénitales. -- C'est là un point très intéressant, fréquemment noté dans les observations, et dont le cas le plus généralement observé est, ainsi qu'on pouvait le concevoir *a priori*, la coexistence avec le *diverticule de Meckel*. Bien souvent, en effet, on observe à la fois un diverticule de Meckel plus ou moins bien développé accompagné soit à son extrémité soit dans son épaisseur ou dans son voisinage, d'un kyste juxta-intestinal complètement fermé, ou en connexion avec lui par un pédicule oblitéré.

Mais il existe d'autres malformations congénitales qui peuvent accompagner les kystes entéroïdes, et, tout d'abord, des kystes dérivant également du tube digestif, nous voulons parler des kystes en rapport avec l'estomac, — pour ne pas employer le terme de kystes de l'estomac (1) — signalés dans la curieuse observation d'Anderson. Dans ce cas il existait des kystes multiples du tube

(1) Étant donné que, dans le fait auquel nous faisons allusion ici, l'origine gastrique de ces kystes n'est pas histologiquement prouvée.

digestif, les uns attenant à l'intestin, les autres attenant à l'estomac, et dont la pathogénie peut être considérée comme très obscure.

Dans d'autres cas les kystes entériques coexistent avec d'autres kystes abdominaux de nature incertaine, et même avec des kystes thoraciques (Roth). De même on a trouvé chez un sujet porteur d'un entérokystome un kyste *cervical* à épithélium cylindrique dont la nature embryologique n'a pu être élucidée (Hennig).

Parmi les autres malformations, banales celles-là, qui ont été notées chez des enfants présentant des kystes entéroïdes, signalons le bec de lièvre (Tiedemann), l'hypospadias, les anomalies de la crosse aortique (Roth) et les anomalies de l'uretère (Hüter).

Enfin, fait qui a un rapport plus direct avec la pathologie de l'appareil omphalo-mésentérique, on a signalé l'existence d'une *hernie ombilicale* (Tiedemann).

Il ne faudrait cependant pas considérer les entérokystomes comme survenant d'une façon spéciale chez les individus atteints de malformations congénitales : le plus souvent le kyste intestinal est le seul exemple d'une anomalie de développement chez les sujets qui en sont porteurs.

Autres données étiologiques. — Elles se réduisent à des faits peu importants. Le plus souvent les enfants porteurs d'entérokystomes sont venus à terme.

Mentionnons cependant un fait unique dû à Runkel. Cet auteur a observé un entérokystome chez un hérédo-syphilitique prématuré, mort pendant le travail, et qui d'ail-

leurs ne présentait, en dehors du kyste intestinal, aucune malformation congénitale. On a beaucoup abusé de l'hé-rédo-syphilis, comme facteur de malformations congénitales, et, pour ce qui concerne les kystes entéroïdes, étant donné que cette observation est la seule dans laquelle la spécificité ait été signalée, nous pensons qu'il s'agit là d'une pure coïncidence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes juxta-intestinaux de structure entéroïde sont le plus souvent peu volumineux, et, en règle générale, on peut dire que leur diamètre ne dépasse pas celui de l'intestin lui-même. Le plus souvent il correspond à peu près à celui de ce dernier, en sorte que le kyste, s'il est implanté à la partie non mésentérique de l'intestin, donne absolument l'impression d'un petit diverticule de Meckel, très court, et dont la communication avec l'intestin aurait disparu.

Mais, de même que les dimensions du diverticule de Meckel sont souvent moindres que celles de l'intestin, il est fréquent de voir les kystes entériques avoir un très petit volume, celui d'une noix ou d'une noisette, par exemple ; on conçoit que de tels kystes passent facilement inaperçus, si l'on ne fait pas un examen systématique de l'intestin dans toute sa longueur.

Assez souvent cependant ces kystes atteignent des dimensions supérieures à celles de l'intestin : dans plusieurs observations le kyste atteint le volume d'une orange. Mais parfois il peut même atteindre le volume d'une tête d'enfant (Schaad), d'une tête d'adulte, et contenir 1 litre et même 3 litres de liquide (Rimbach, Hennig). Ces dimen-

sions sont d'autant plus considérables que, dans ce dernier fait, il s'agissait d'un nouveau-né.

On ignore les raisons qui permettent un tel accroissement de kystes qui d'ordinaire restent de petit volume, et dont la paroi est, en somme, peu apte à sécréter de grandes quantités de liquide. Les raisons capables d'expliquer la dilatation de ces tumeurs ne pourraient être tirées que de l'histologie et de l'analyse chimique du liquide. Mais ni l'étude de la sécrétion (chimie), ni l'étude des glandes (histologie), n'ont été faites d'une manière spéciale dans ces kystes volumineux ; d'après la lecture des observations, il ne semble pas que les cas où l'on ait trouvé des formations glandulaires considérables appartiennent aux kystes de plus grande taille.

Les kystes sont le plus souvent arrondis, mais quelquefois ovalaires ou même assez allongés, rappelant ainsi un fragment d'anse intestinale isolée à ses deux extrémités.

NOMBRE. — Bien que ces kystes soient le plus souvent uniques, on doit signaler l'éventualité de kystes multiples, qui se rencontre dans un dixième des cas environ.

Parfois il s'agit de deux kystes, « en chapelet », qui sont réunis par un pédicule fermé, et dont l'un est lui-même réuni à l'intestin par un pédicule. Plus souvent il s'agit d'un grand kyste auquel est adjacent un petit kyste secondaire communiquant ou non avec lui (Colmers). On peut avoir ainsi des kystes en bouton de chemise.

Nous ne parlons ici que des kystes doubles ou multiples situés au même point de l'intestin et provenant évidemment des mêmes restes du canal vitellin. Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il peut exister des kystes multiples

échelonnés en des points relativement éloignés le long de l'intestin et même le long de tout le tube digestif Anderson. Il s'agit là peut-être d'une véritable « maladie kystique » congénitale du tube digestif, que la persistance du canal omphalo-mésentérique ne peut seule suffire à expliquer.

La *paroi* de ces kystes est généralement un peu plus épaisse que la paroi de l'intestin voisin : elle est même « plus veloutée, et a une apparence plus glandulaire que cette dernière ». On n'y voit pas de villosités, mais elle présente souvent en certains points des relèvements muqueux d'aspect variable. Dans notre observation, la paroi interne était rosée, avec, de place en place, un piqueté hémorragique qui expliquait en partie le contenu hématique du kyste (1).

Tel est l'aspect de la paroi dans les cas qui sont les plus favorables pour l'examen, et dans lesquels la nature entérique du kyste ne saurait faire aucun doute : mais bien souvent ni la paroi externe, ni la paroi interne ne sont aussi caractéristiques, et le kyste est constitué par une membrane d'aspect conjonctif banal, sans muqueuse nette. L'examen histologique est alors nécessaire pour affirmer la nature entéroïde du kyste. Souvent même cette paroi est tellement modifiée qu'elle est épaissie, fibreuse et comme crétacée : elle contenait en effet des plaques

(1) Cet aspect hémorragique doit-il être considéré comme l'aspect normal du kyste, ou doit-il être mis sur le compte du volvulus et de la péritonite qui avaient emporté le malade ? Nous ne saurions l'affirmer, pas plus après l'étude des autres observations qu'après celle de la nôtre.

calcaires très nettes dans les cas de Colmers, de Hendee et de Morton.

Le *pédicule*, qui dans certains cas relie le kyste à l'intestin, est imperméable et fibreux, sauf dans un petit nombre de cas où il est encore perméable. Dans ces cas, doit-on considérer les dilatations entéroïdes comme de véritables kystes ? La question a été vivement débattue par Roth, Runkel et Colmers. Au point de vue pathogénique, le fait n'a que peu d'importance, puisqu'il n'y a entre les deux formes qu'une différence de degré (1).

Ajoutons que dans un des cas de Roth le pédicule, qui était perméable, se trouvait tordu sur son axe, comme le pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Le *contenu* de ces kystes est le plus souvent un mucus visqueux, soit transparent (éventualité rare plus souvent opalescent ou lactescent, quelquefois brunâtre ou nettement hémorragique. Ce dernier aspect se voit surtout dans les cas où il y avait occlusion intestinale, mais non nécessairement : il faut ajouter que, dans l'observation de Roth où il y avait torsion du pédicule du kyste, cet aspect hémorragique du liquide existait avec la plus grande netteté.

Ce liquide contient d'une manière à peu près constante deux éléments, la *graisse* et la *cholestérine*. La première peut être décelée par l'examen histologique (coloration par l'acide osmique ou le Sudan III) ou par l'étude chi-

(1) Nous avons néanmoins éliminé un petit nombre d'observations telle que celle de Fröhlich (Inaug-Diss. Halle, 1891), dans laquelle des kystes en chapelet communiquaient avec l'intestin par un orifice assez large pour y permettre l'arrivée de débris alimentaires.

chimique (éclaircissement par l'éther). Dans le cas de Colmers il existait en outre des acides gras. Quant à la cholestérine, sa présence est notée par presque tous les auteurs, sous forme de paillettes brillantes. Il peut enfin contenir des concrétions calcaires dans les cas où la calcification de la paroi est particulièrement intense.

L'étude de la valeur fonctionnelle de ce liquide, c'est-à-dire de son pouvoir digestif, n'a jamais été faite.

Connexions avec l'intestin. — Au point de vue des connexions de ces kystes avec l'intestin, il convient d'envisager séparément :

1° La région de l'intestin au niveau de laquelle s'est développé le kyste ;

2° Les rapports du kyste avec l'intestin (face convexe ou libre, face concave ou mésentérique).

3° Les rapports du kyste avec la paroi intestinale elle-même (sous-muqueux, intra-musculaire ou sous-séreux).

1° Au point de vue du segment intestinal atteint, nous voyons que les kystes se développent presque toujours dans la partie terminale de l'iléon, c'est-à-dire, il faut le remarquer immédiatement, dans cette région de l'iléon qui donne naissance au diverticule de Meckel.

Bien souvent, c'est même dans l'angle iléo-cœcal lui-même qu'on les trouve, comme dans l'observation de M. Broca et dans celle de MM. Terrier et Lecène qui peuvent être prises comme les types les plus fréquemment observés soit chez les nouveau-nés, soit chez les adultes. On peut même les trouver au niveau de la valvule de Bauhin. Toutefois, il n'est pas absolument rare qu'ils siè-

gent au niveau du jéjunum à plus d'un mètre au-dessus de l'angle iléo-cœcal.

Enfin, dans un certain nombre de cas, le kyste n'est pas en rapport direct avec l'intestin et siège au niveau de la paroi abdominale non loin de l'ombilic. Ces cas s'expliquent facilement : en effet le kyste s'est alors développé non pas aux dépens de la région juxta-intestinale du canal omphalo-mésentérique, mais aux dépens de sa région para-ombilicale : la pathogénie reste la même.

D'après Colmers, le siège des entérokystomes a été le suivant :

Au niveau de la paroi abdominale.....	4 cas.
Au niveau de l'iléon (siège ordinaire du diverticule de Meckel).....	19
Au niveau du jéjunum.....	3
Près de la valvule iléo-cœcale.....	7
Au niveau de la valvule.....	5

Certains auteurs ont tiré du siège extrêmement bas de quelques kystes intestinaux un argument contre leur origine aux dépens du diverticule de Meckel (Beneke). Mais nous savons que le diverticule peut assez souvent prendre naissance dans la partie toute terminale de l'iléon, comme les kystes eux-mêmes : d'ailleurs le plus grand nombre des kystes naît dans la région qui le plus souvent donne naissance aux débris meckeliens. Il existe entre les deux anomalies un parallélisme remarquable.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il existe des cas exceptionnels de kystes multiples de l'intestin, pour ne pas dire de kystes multiples du tube digestif, qui se trouvent échelonnés dans toute la partie sous-diaphragmatique du canal

(Anderson) et qui, de ce fait, échappent semble-t-il aux lois de la formation générale des entérokystomes aux dépens des restes omphalo-mésentériques, et ressortissent peut-être d'un autre mécanisme pathogénique.

2° Les kystes peuvent être situés sur la face convexe ou

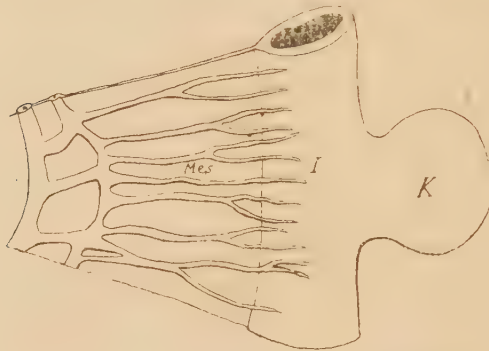


Schéma d'un kyste de la variété sous-séreuse, répondant au bord libre de l'intestin.

sur la face concave de l'intestin, ainsi que le montrent les figures suivantes empruntées au mémoire de Terrier et

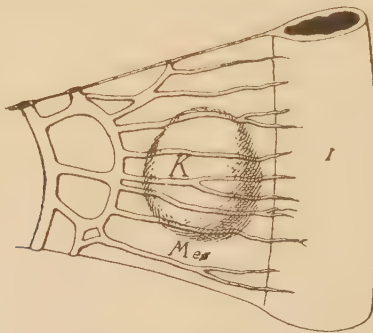
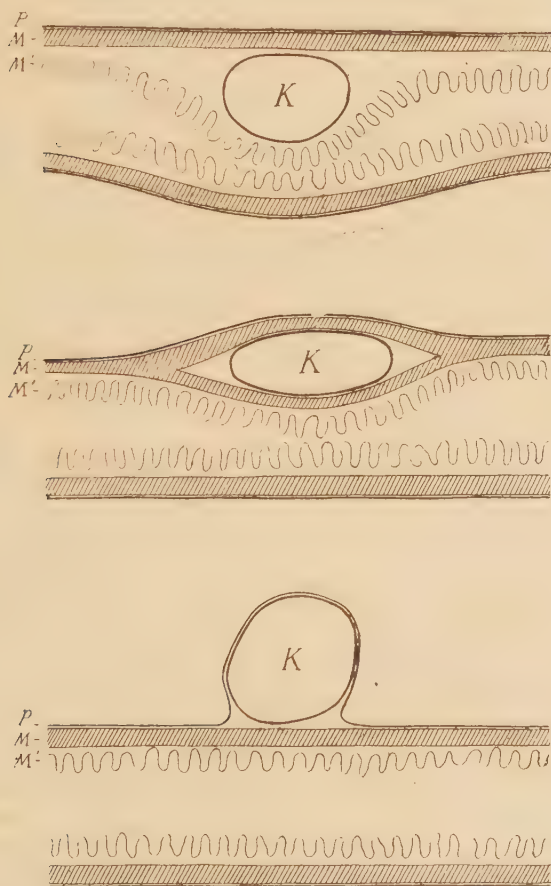


Schéma d'un kyste de la variété sous-séreuse, répondant au bord mésentérique de l'intestin.

Lecène. Les kystes du bord libre sont pédiculés ou non,

et dans le dernier cas, ils rappellent absolument l'aspect d'un diverticule de Meckel, extérieurement tout au moins



Schémas de la position que peut occuper le kyste par rapport aux tuniques de l'intestin : 1° Kyste sous-muqueux ; 2° Kyste intramusculaire ; 3° Kyste sous-séreux. — P péritoine ; M musculaire ; M' muqueuse.

Les kystes du bord mésentérique sont situés entre les deux feuillets péritonéaux, plus ou moins loin de l'intestin dont

ils sont parfois séparés par un intervalle de quelques centimètres (seconde observation de Terrier et Lecène, obs. 3). Ces kystes mésentériques, d'ailleurs plus rares que les précédents peuvent simuler les kystes séreux du mésentère, dont l'examen histologique peut seul les différencier.

Enfin le kyste peut être inclus dans la paroi intestinale elle-même : il peut alors être latéral, ou contourner irrégulièrement la paroi de l'intestin en oblitérant plus ou moins sa lumière.

3^e Nous avons dit que les kystes pouvaient, par rapport à la paroi intestinale, être sous-séreux, intra-musculaires ou sous-muqueux, ce que montre bien le schéma précédent :

Les premiers sont, selon les cas, situés au bord libre ou au bord mésentérique ainsi que nous l'avons vu. Les seconds (kystes inclus dans l'épaisseur de la couche musculaire) sont rares : le cas de Gfeller en constitue un exemple typique, et il est à noter que dans ce cas, le revêtement épithélial est, dans toute son étendue, doublé par une paroi de fibres musculaires lisses. Les troisièmes (kystes sous-muqueux) se développent au niveau du chorium intestinal lui-même, en dedans de la musculuse ; théoriquement, dans ces cas la paroi kystique n'est tapissée qu'en partie d'un revêtement musculaire : pourtant dans le cas de Quensel, l'auteur note l'existence d'une couche de fibres lisses, entourant le kyste dans sa totalité.

Kystes juxta-ombilicaux. — Ceux-là n'ont aucune connexion apparente avec le tractus intestinal. Développés

aux dépens de la partie ombilicale du canal omphalo-mésentérique, ils restent adhérents à l'ombilic et ne sont pas reliés, même par un pédicule plein, à l'intestin lui-même (cas de Colmers, Schaad, Wyss et Roser).

Il s'agit là d'une forme spéciale, anatomiquement et même cliniquement, et nous rangerons, après Colmers, dans un groupe à part, les observations concernant cette forme de kyste.

Il s'agit là, en somme, de kystes intestinaux aberrants. Plus encore que pour les précédents l'examen histologique est nécessaire pour affirmer leur nature entéroïde.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans les cas typiques, les kystes entéroïdes présentent une paroi qui rappelle très nettement la paroi intestinale, et qui est constituée par un épithélium à cellules cylindriques avec glandes (ou formations pseudo-glandulaires), un chorion et une musculature. Mais il existe des exceptions d'ailleurs difficiles à expliquer, sans compter les cas où l'épithélium est, pour des raisons diverses, difficile à mettre en évidence. On doit donc envisager successivement les diverses éventualités qui peuvent se produire :

1° Epithélium cylindrique rappelant l'épithélium de l'intestin normal ;

2° Epithélium à cils vibratiles ;

3° Epithélium stratifié ;

4° Paroi conjonctive sans épithélium visible.

1° Le premier cas est de beaucoup le plus fréquent, et c'est ce qui permet de décrire ces kystes sous le nom générique de kystes « entéroïdes ». Décrivons la paroi du kyste dans un cas schématique, par exemple dans l'observation inédite que nous tenons de M. Broca, et dont

L'examen histologique a été fait par M. Brissy, interne des hôpitaux.

La paroi du kyste, étudiée par comparaison avec la paroi du segment intestinal voisin est généralement notablement plus épaisse que la paroi intestinale ; cette augmentation d'épaisseur est, dans la plupart des cas, due à trois facteurs :

1° Augmentation d'épaisseur du chorion ;

2° Présence de formations glandulaires ou glanduliformes plus ou moins ramifiées, qu'on ne voit pas dans l'intestin normal ;

3° Un certain degré de congestion hyperémique, voire même hémorragique, notée dans un grand nombre de cas.

L'épithélium est un épithélium cylindrique, à grandes cellules hautes et claires, à noyau allongé dans le sens de la cellule. Ces cellules présentent en somme, à peu près, les caractères des cellules à plateau décrites par Heidenhain. Toutefois, dans notre observation, nous n'avons pas nettement pu mettre en évidence les enclaves leucocytaires si caractéristiques de l'intestin normal ou enflammé ; nous n'y avons pas non plus trouvé de cellules éosinophiles : ces caractères histologiques sont d'ailleurs en rapport avec la fonction digestive elle-même, et il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils manquent dans les entérokystomes.

Un autre caractère histologique important de l'épithélium trahissant son origine intestinale, est la présence, au milieu des cellules cylindriques, de *cellules caliciformes* : on sait d'ailleurs que les kystes contiennent une grande

quantité de mucus. Ces cellules caliciformes manquent dans un certain nombre de cas.

La présence de *glandes*, ou du moins de formations pseudo-glandulaires est notée par un grand nombre d'auteurs : toutefois leur absence est expressément signalée dans plusieurs cas. Ces formations glandulaires sont irrégulières : elles n'ont pas l'aspect en palissade des glandes de Lieberkühn : elles manquent dans une partie de la préparation alors que dans une autre partie elles sont exubérantes et irrégulièrement ramifiées. Ce sont de véritables cryptes formées du même épithélium qui tapisse ce kyste, sans cellules caliciformes, sans enclaves, sans éosinophiles, et qui plongent dans un chorion épaissi, riche en cellules rondes et en capillaires parfois ectasiés. Dans notre observation on voit très nettement cet aspect ramifié (voir la planche hors-texte) tel qu'il se rencontre le plus souvent, — si nous en croyons les descriptions des auteurs, — dans les kystes entéroïdes. Mais souvent les invaginations pseudo-glandulaires sont plus nombreuses, plus enchevêtrées, plus exubérantes et l'on a un aspect presque papillomateux et adénomateux comme dans le cas de Terrier et Lecène. Enfin même parfois l'aspect adénomateux peut être tellement prononcé qu'on a un aspect confinant presque à la néoplasie maligne comme dans le cas d'Anderson. Toutefois l'auteur néglige de nous dire si les culs-de-sac épithéliaux perforaient la sous-muqueuse et envahissaient les tissus voisins, ce qui eut été un critérium important de malignité. En l'absence de figure nous renseignant exactement sur

les caractères de cette hyperplasie, nous sommes forcé de nous tenir sur la dubitative (1).

La sous-muqueuse, séparée souvent de la muqueuse par une *muscularis mucosæ* est, avons-nous dit, nettement épaissie et hyperplasiée par rapport à l'intestin voisin, et notre planche montre bien cet aspect caractéristique de la paroi kystique. Elle est constituée par du tissu conjonctif jeune, presque embryonnaire, généralement parcouru par des capillaires abondants et dilatés, qui se voient à l'état débâche dans notre observation, mais qui sont beaucoup plus marqués dans quelques cas.

Fait important : dans cette muqueuse, on ne trouve pas de productions lymphoïdes, du moins pas de productions lymphoïdes organisées : pas de follicules lymphatiques en un mot. Aucun auteur ne signale leur présence, et dans notre observation nous n'avons rien trouvé qui y ressemblât. On ne trouve pas non plus, sur les coupes, de cellules éosinophiles, si nombreuses dans le tissu lymphoïde diffus du chorion intestinal, ni de mastzellen. Au-dessous du chorion existe, la plupart du temps, une couche de fibres musculaires lisses analogues à celles de l'intestin, mais avec cette différence qu'on n'y retrouve pas, en général, les deux couches concentriques caractéristiques, sauf dans notre cas personnel et dans ceux de Puschmann, Runkel.

Enfin certains auteurs ont signalé des filets nerveux ayant tous les caractères de ceux qui constituent les plexus

(1) Signalons d'autre part que dans un cas de Runkel les glandes avaient l'apparence non pas de glandes de Lieberkühn, mais de glandes de Brünner.

d'Auerbach et de Meissner (Roth, Colmers, Hedinger) et même des amas ganglionnaires.

Nous avons déjà insisté sur les phénomènes congestifs et hémorragiques dont la sous-muqueuse est le siège : ainsi s'explique le caractère sanguinolent ou brunâtre du contenu kystique. Il faut toutefois noter que, dans la plupart des cas publiés, il y avait eu volvulus ou étranglement intestinal de la région voisine du kyste et qu'il s'agit là peut-être de phénomènes contingents ou terminaux.

L'épithélium à *cils vibratiles* a été observé par Wyss, Roth, Dittrich, dans des observations qui, de ce fait, sont d'interprétation délicate au point de vue pathogénique.

Enfin l'épithélium *cylindrique stratifié*, *cubique stratifié*, voire même *pavimenteur stratifié*, a été vu par Dittrich, Battle, Hedinger, Gfeller. C'est là un point qui vaut la peine d'être précisé et expliqué, et sur lequel, d'ailleurs, les auteurs précités ont tous insisté assez longuement. La présence d'épithélium cylindrique stratifié peut apparaître simplement comme un indice d'irritation quelconque de la paroi kystique : l'épithélium *cubique* stratifié s'explique également assez bien par la perte de la différenciation des cellules cylindriques de la paroi kystique : cette différenciation n'a d'ailleurs aucune raison de subsister, puisque la fonction essentielle de la muqueuse intestinale, à savoir l'absorption, n'existe plus ici. Mais la présence d'un épithélium *pavimenteux* stratifié nous apparaît comme une véritable métatypie : cette métatypie a d'ailleurs été signalée en différents points de l'organisme sous l'influence d'irritations chroniques : l'épithélium pavimenteux stratifié

qui tapisse certaines dilatations bronchiques en est un exemple classique (Ménétrier, Poulain) (1).

Il faut noter d'ailleurs que c'est seulement *par places* que les épithéliums stratifiés ont été rencontrés, le reste du kyste étant tapissé par de l'épithélium cylindrique (Gfeller).

Enfin, dans un certain nombre de cas, on n'a pu trouver aucune trace de muqueuse : le fait se voit assez souvent dans des kystes divers dont la nature épithéliale est pourtant absolument prouvée. L'origine intestinale d'un certain nombre de ces kystes est néanmoins rendue très probable par le reste de leur histoire anatomique. (Hendee, Rogers).

Dans un cas, les coupes du pédicule reliant le kyste à l'intestin y a montré la présence de vestiges de vaisseaux encore perméables et entourés de filets nerveux. Il s'agissait là, selon toute vraisemblance, de vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques.

Rappelons enfin que la paroi du kyste peut présenter de la calcification ou des lésions dégénératives.

Dans une observation intéressante de Quensel, il existait de la tuberculose intestinale et, en même temps, de la tuberculose miliaire de la paroi du kyste. Ce fait est extrêmement intéressant au point de vue pathogénique, car, la cavité du kyste étant absolument séparée de la cavité intestinale, l'origine vasculaire (ou lymphatique, de cette tuberculose intestinale et para intestinale est hors de doute dans ce cas.

(1) On peut aussi interpréter ces faits comme s'expliquant par un arrêt de développement de l'épithélium intestinal, primitivement cubique et stratifié.

Enfin la paroi du kyste, tapissée par une muqueuse entéroïde, peut présenter elle-même des *kystes secondaires* développés dans la muqueuse elle-même et reconnaissables seulement à l'examen histologique. S'agit-il de simples dilatations kystiques glandulaires? S'agit-il au contraire de kystes vrais développés selon le même processus, mais n'ayant pu évoluer? La question n'a pas été posée par les auteurs (Colmers, Hüter), qui ont rapporté des observations de ce genre.

PATHOGÉNIE

Dans le courant de ce travail, nous avons considéré jusqu'ici les kystes entéroïdes comme des dérivés aberrants du canal omphalo-mésentérique très analogues au diverticule de Meckel. C'est en effet l'opinion qui, sur ce point, a été soutenue par Roth, Runkel, Colmers, Terrier et Lecène, Forgue et Riche, et qui semble de beaucoup la plus vraisemblable. Terrier et Lecène font cependant quelques réserves pour certains kystes intra-mésentériques qui pourraient provenir du pincement latéral d'une anse intestinale dans le cours du développement intra-utérin. Nous verrons que cette hypothèse pathogénique mérite d'être prise en considération pour certains cas : ces cas sont d'ailleurs assez rares et presque toujours c'est la théorie de l'involution anormale du canal omphalo-mésentérique qui doit être considérée comme la plus plausible.

D'après la division des entérokystomes que nous avons adoptée, voici quelle serait la pathogénie de chaque variété :

1° Kystes juxta-ombilicaux : origine omphalo-mésentérique ;

2° Kystes juxta-intestinaux du bord libre : origine omphalo-mésentérique.

3° Kystes juxta-intestinaux intra-mésentériques : les uns, origine omphalo-mésentérique, les autres, origine discutée.

Voyons d'abord comment on peut expliquer la formation des kystes juxta-ombilicaux, et des entérokystomes du bord libre.

Chez l'embryon de quelques jours, la vésicule ombilicale est une dépendance du canal intestinal avec lequel elle communique d'abord très largement : son volume est alors considérable. Puis, au cours du développement de l'embryon, le pédicule de la vésicule ombilicale se rétrécit et s'allonge, tandis que la vésicule elle-même diminue graduellement de volume. Sur un embryon de 21 jours environ, la vésicule est rattachée à l'intestin par un canal court et large qui, vers la fin de la 4^e semaine, devient mince et flexueux : bientôt le cordon ombilical se constitue par l'union du canal omphalo-mésentérique avec les vaisseaux ombilicaux. Au trente-cinquième jour le cordon s'est encore allongé : il renferme dans sa gaine les vaisseaux ombilicaux, le canal vitellin accompagné des vaisseaux omphalo-mésentériques et l'anse vitelline qui fait saillie hors de l'abdomen. Au cinquantième jour, on ne voit plus dans l'épaisseur du cordon, en plus des vaisseaux omphalo-mésentériques, qu'un petit filament grisâtre. Ensuite l'anse vitelline rentre dans la cavité abdominale, par suite de l'achèvement des parois ventrales. D'après Allen, ce retrait de l'anse vitelline tire sur le conduit vitellin qui se brise probablement et est ensuite résorbé. Le fait essentiel est qu'il disparaît presque complètement dans le cours de la vie intra-utérine, de sorte que chez le fœtus à terme, il n'existe, en règle générale,

aucun reste omphalo-mésentérique autre que la vésicule ombilicale, atrophiée et située en dehors de la périphérie du placenta. En effet, les vaisseaux omphalo-mésentériques ont disparu et le canal vitellin s'est oblitéré vers le quarantième jour.

Il faut noter cependant que, d'après Ruge, on pourrait trouver assez souvent chez des nouveau-nés des restes du canal omphalo-mésentérique sous la forme de *filaments flottants aux extrémités arrondies* : ces restes se rencontrent soit au voisinage du *mésentère*, soit près de l'*ombilic*. Ne sont-ce point là les régions où nous trouverons les entérokystomes ?

Cette involution du canal omphalo-mésentérique peut présenter diverses anomalies, et ce sont elles qui produiront les malformations diverses d'origine vitelline dont font partie les kystes entéroïdes.

Tantôt il s'agit d'involution excessive (faits exceptionnels) : il existe alors une sténose ou une atrésie intestinale coexistant ou non avec les restes d'un diverticule de Meckel.

Beaucoup plus souvent il s'agit d'une *involution incomplète*, et alors, selon les cas, nous aurons plusieurs types anatomiques, bien décrits par Forgue et Riche.

1^o *Diverticule ouvert* : la communication persiste entre l'intestin et l'ombilic, sous la forme d'un canal complet (fistule ombilicale) ;

2^o *Diverticule fixé à l'ombilic* : le diverticule communique largement avec l'intestin, mais s'oblitére près de l'ombilic, de sorte que son extrémité antérieure est reliée à l'ombilic par un cordon fibreux ;

3° *Diverticule de Meckel commun*. cul-de-sac entéroïde en rapport avec l'intestin, sans rapport avec l'ombilic, et de longueur variable.

4° *Entérokystome juxta-intestinal* : la partie du canal omphalo-mésentérique attachée à l'intestin persiste seule, mais elle s'est enkystée : *tous les intermédiaires entre l'entérokystome clos et le diverticule largement ouvert* peuvent être réalisés : et de fait il est certaines observations qu'on hésite à ranger dans un groupe ou dans un autre, en se basant uniquement sur l'étroitesse et la disposition du pertuis qui relie l'intestin à la cavité. (D'après leur conception personnelle des kystes, les auteurs les admettent comme kystes entéroïdes ou les rejettent.)

5° *Entérokystome juxta-ombilical*. — C'est la partie ombilicale et non la partie intestinale, qui a persisté et qui est devenue kystique. Macroscopiquement c'est un kyste de l'ombilic ; histologiquement c'est un kyste entéroïde. Cette variété est plus rare (4 observations).

Nous ne parlerons pas ici des tumeurs solides ombilicales externes ayant leur origine dans le conduit omphalo mésentérique et dont la structure trahit parfois nettement cette origine (granulomes à type intestinal avec glandes de Lieberkühn, de Gauckler et Mahar).

La pathogénie des kystes juxta-ombilicaux et des kystes du bord libre est donc fort simple ; pour ce qui est des kystes du bord mésentérique, cette explication ne peut être adoptée sans réserve. Terrier et Lecène pensent qu'il s'agit là de pincement ou d'enclavement de la muqueuse intestinale dans le cours de la vie intra-utérine, pathogénie analogue à celle des kystes dermoïdes. Il est certain que

cette hypothèse est très plausible : en tout cas elle seule peut expliquer la formation des *kystes multiples du tube digestif* échelonnés à différents étages de l'intestin et jusqu'au niveau de l'estomac comme dans le cas rapporté par Anderson.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptômes. — Les symptômes propres aux kystes intestinaux non compliqués sont des plus obscurs et même des plus incertains : en effet, de tels kystes, siégeant surtout au bord libre de l'intestin, n'occasionnent aucun rétrécissement de la lumière du conduit digestif et, par suite, produisent peu de troubles fonctionnels : d'autre part, leur faible volume, ainsi que leur siège dans une région où ils peuvent facilement refouler les organes abdominaux, font que les signes physiques en sont en général vagues ou mêmes nuls. Il en résulte donc que la plupart des kystes entéroïdes ne se traduisent pas par des signes fonctionnels ni physiques bien nets et encore moins bien caractéristiques. On pourrait presque dire que l'histoire clinique des entérokystomes réside uniquement dans leurs complications. Et c'est pourquoi on ne saurait, dans leur étude, dissocier l'histoire des complications de celle des symptômes propres. En effet, en règle générale, pour qu'un kyste intestinal trahisse sa présence d'une manière quelconque, il faut qu'il y ait complication.

C'est dire que bien souvent leur symptomatologie est absolument nulle et que le kyste intestinal est une simple trouvaille d'autopsie. Ou bien c'est à l'occasion d'une com-

plication — presque toujours occlusion intestinale — que le kyste est découvert, non pas cliniquement, mais au cours de l'intervention ou à l'autopsie.

SIGNES FONCTIONNELS. — Néanmoins, il existe, assez souvent, des troubles divers qui sont, le plus souvent, des symptômes d'obstruction intestinale subaiguë ou chronique et qui précèdent de longtemps parfois la complication bruyante et grave qui attire l'attention sur l'existence du kyste.

Ces troubles sont, le plus souvent, des *douleurs abdominales* survenant par crises et remontant parfois à plusieurs années : c'est ainsi que, dans le cas de Gfeller (Obs. 38) l'enfant avait souffert de crises douloureuses depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 12 ans, époque où elle fut opérée. Ces crises douloureuses sont, le plus souvent, totalement inexplicables : on les attribue à de l'entérite ou on les considère comme des crises appendiculaires ; il est probable qu'elles sont causées par un léger degré d'obstruction intestinale d'ordre mécanique causée par le kyste (vice de position ou volvulus) et ne durant que quelques jours.

Ce qui rend plausible cette explication c'est que les crises douloureuses sont accompagnées de *constipation* et de *vomissements* abondants, parfois incoercibles qui en font vraiment de petites crises d'occlusion intestinale. Ces crises de vomissements et de douleurs peuvent se répéter à intervalles plus ou moins réguliers, pendant onze ans par exemple (cas de Sprengel).

Parfois ces crises de vomissements et de constipation alternent avec des périodes de *diarrhée* (v. Dusch) ; par-

fois même il s'agit de diarrhée chronique sans phénomènes d'occlusion, comme dans le cas d'Anderson.

Ces troubles intestinaux ne vont pas sans un *amaigrissement* parfois très marqué (Colmers).

Beaucoup plus rarement existent d'autres symptômes qui attirent l'attention du côté du foie, tels que l'ictère et l'ascite. Ces deux symptômes ont été notés dans le cas de Battle : il s'agit d'une femme de 35 ans, qui avait été atteinte 8 ans auparavant d'ictère et d'ascite : l'ictère dura deux ans environ et disparut peu à peu, mais l'ascite persista pendant près de six ans : quand l'épanchement abdominal se fut résorbé, on put sentir la tumeur dont les dimensions ne dépassaient pas celles d'une orange et l'intervention montra qu'on avait affaire à un kyste intestinal. Dans le cas d'Anderson, il y avait eu des « crises biliaires » sur lesquelles l'auteur ne donne que peu de détails, mais qui coïncidaient avec de la diarrhée chronique.

Enfin, parfois le kyste intestinal peut se comporter comme une « tumeur abdominale » : c'est là l'exception.

La malade de Terrier et Lecène, âgée de 33 ans, souffrait depuis un an environ de douleurs abdominales et de troubles dyspeptiques sans crises d'occlusion ni d'obstruction intestinales d'ailleurs : en même temps, le ventre avait augmenté de volume et bientôt le liquide ascitique fut si abondant qu'on fut obligé de pratiquer une ponction qui retira 10 litres de sérosité. Cette ascite s'étant reproduite rapidement, la malade entra à l'hôpital où, après nouvelle ponction on put sentir la tumeur, et où l'on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire compliqué d'ascite.

Telle est la symptomatologie propre des kystes intesti-

naux en dehors des complications d'occlusion intestinale aiguë qui le plus souvent commandent l'intervention.

C'est, peut on dire, une symptomatologie d'emprunt due déjà elle-même à des complications peu graves. Toutefois, dans ces cas, on peut parfois trouver des signes physiques en rapport avec le siège et le volume du kyste.

SIGNES PHYSIQUES. — A vrai dire, la constatation de ces signes physiques, n'a pas, dans les observations déjà publiées, permis de faire un diagnostic exact.

Pourtant nous croyons que ce diagnostic eut été possible dans deux cas au moins (v. Dusch, Rimbach), où la ponction fut pratiquée et où l'on retira un liquide ayant certains caractères spéciaux.

Dans un petit nombre de cas, d'ailleurs, les signes physiques existant nettement, sans troubles fonctionnels bien intenses, et en tout cas sans signes d'occlusion, ont pu donner dans toute sa pureté le tableau clinique de l'*entéro-kystome non compliqué*, c'est-à-dire réduit à la constatation des seuls signes physiques. Tels sont les cas de Colmers, de Sprengel et de Rimbach.

Dans le premier, la tumeur était le seul symptôme et l'on fit le diagnostic de « tumeur abdominale » ; il en était de même dans celui de Rimbach : dans celui de Sprengel, les signes physiques étant moins nets, on pensa à une péritonite tuberculeuse.

Voici donc trois cas — nous ne parlons pas de celui de Terrier et Lecène où il y avait ascite surajoutée — où les signes physiques existaient seuls et où l'intervention fut

faite pour extirper la tumeur et non pour opérer une occlusion intestinale.

Quelque exceptionnels que soient ces faits, ils prouvent que le diagnostic de kyste para-intestinal — nous ne disons pas de kyste entéroïde — peut être porté même en l'absence de complication.

Le plus souvent on sent une tumeur dure, mobile, très mobile même parfois, peu volumineuse et généralement grosse comme un œuf ou une orange. Il est fréquent toutefois, et ce fait est bien connu en pathologie abdominale, que la tumeur soit considérée cliniquement comme plus volumineuse qu'elle ne l'est en réalité. Quoi qu'il en soit, dans les cas de Terrier et Lecène, de Colmers, la tumeur fut nettement sentie à la palpation ; dans celui de Sprengel on sentit vaguement une tumeur peu nette ; dans celui de V. Dusch, on put sentir plusieurs tumeurs isolées.

Ceci montre que la constatation clinique d'une tumeur abdominale n'est rien moins que fréquente, on peut même dire qu'elle est l'exception. D'ailleurs dans la plupart des cas — et ils sont nombreux — où c'est au moment d'une crise d'occlusion intestinale qu'on a été amené à faire l'examen de l'abdomen, aucune tumeur nette n'a été sentie (1).

La *ponction*, avons-nous dit, a été pratiquée dans deux cas : von Dusch a retiré un liquide jaunâtre, louche, contenant de la graisse et de la cholestérine : Rimbach a vidé un gros kyste dont le contenu, sanguinolent, renfermait des flocons fibrineux et de la cholestérine. Il ne semble pas

(1) Nous ne parlons pas ici des kystes volumineux du nouveau-né qui constituent des exceptions et sur lesquelles nous reviendrons.

que les auteurs se soient appuyés sur ces signes pour faire le diagnostic de la nature du kyste.

FORMES CLINIQUES. — 1° Kystes juxta-ombilicaux. — Ils sont relativement rares puisqu'on n'en connaît que quatre observations indiscutables : et l'on conçoit que les signes n'aient dans ce cas rien de bien différent de ceux de bon nombre de tumeurs de la paroi abdominale développés dans le voisinage de l'ombilic.

Toutefois ces cas ont un caractère commun bien net, qui résulte de leur situation même : *à l'inverse des kystes juxta-intestinaux, ils ne déterminent pas d'occlusion intestinale.*

En effet, dans l'observation de Colmers, dont nous avons déjà parlé, il s'agissait purement et simplement d'une tumeur abdominale accompagnée de troubles fonctionnels peu marqués : il en était de même dans celle de Schaad ; dans celle de Wyss, il s'agit d'une trouvaille d'autopsie ; enfin chez le malade de Roser qui présentait seulement les signes d'une tumeur, on pensa cliniquement à un kyste de l'ouraqué : le diagnostic était d'ailleurs en grande partie justifié par le siège et les dimensions de la tumeur.

Les kystes juxta-ombilicaux doivent donc être isolés au point de vue clinique des kystes juxta-intestinaux puisqu'ils donnent lieu à des symptômes très différents et sont d'un pronostic beaucoup moins sévère.

2° Kystes intestinaux chez le nouveau-né. — Dans quelques cas exceptionnels, c'est au moment même de l'accouchement que le kyste révèle sa présence et

• l'on a même vu un kyste volumineux causer par son volume la dystocie et la mort du fœtus, tout comme une hydronéphrose congénitale ou un rein polykystique. Il s'agit là d'une véritable curiosité clinique.

Le plus souvent c'est au bout de quelques jours que le kyste révèle sa présence. L'observation que nous tenons de M. Broca en est un exemple typique : un enfant de six jours, né à terme après accouchement normal, a rendu son méconium le deuxième jour. Les premières tétées ont été normales, il n'a pas eu de vomissements : le troisième et le quatrième jour il a eu deux selles ne présentant rien de particulier. Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, après une tétée, il a commencé à vomir puis les vomissements sont devenus continuels et bientôt ils ont pris l'aspect fécaloïde ; les selles se suppriment et plusieurs lavements sont donnés sans résultats.

L'enfant est alors amené à l'hôpital et M. Broca trouve le ventre ballonné, météorisé, sillonné de grosses veines ; l'examen sous le chloroforme montre qu'il existe dans la fosse iliaque droite une résistance et une tuméfaction manifeste. « Était-ce une tumeur proprement dite, un volvulus, une masse d'anses agglutinées par péritonite autour du cœcum et de l'appendice ? » M. Broca ne put se faire une idée nette sur la nature de cette tuméfaction, mais l'occlusion intestinale aiguë étant évidente, il opéra sur le champ, par une incision latérale droite, et il tomba sur un kyste entéroïde, compliqué de volvulus et de perforation intestinale.

La plupart des autres observations sont calquées sur celle-ci : c'est donc qu'il s'agit d'enfants de 2, 3, 4, 6, 10

jours présentant des phénomènes aigus d'occlusion intestinale dont il est impossible de préciser la cause. Encore, dans le cas de M. Broca, la présence de signes physiques localisés ont-ils permis de déterminer le siège de l'occlusion et, partant, le choix de l'incision : dans bien des cas, seule la laparotomie exploratrice s'impose.

Exceptionnellement l'occlusion intestinale peut faire défaut ; et cependant le kyste peut occasionner des troubles digestifs marqués : ainsi le petit malade de Hüter mourut avec des phénomènes de catarrhe intestinal ; celui de Runkel succomba à une cachexie progressive qui dura pendant deux mois ; dans un cas comme dans l'autre, l'autopsie montra qu'il n'existait pas d'occlusion intestinale.

Complications. — OCCLUSION INTESTINALE. — L'occlusion intestinale est, pratiquement, la seule complication, et, pourrait-on presque dire, le seul symptôme d'un grand nombre de kystes entéroïdes. L'occlusion intestinale peut se faire par différents mécanismes :

1° Tantôt c'est la présence même du kyste qui rétrécit la lumière de l'intestin et cause ainsi d'abord de la gêne au cours des matières, puis leur arrêt complet. Ces cas répondent sans doute aux faits dans lesquels la symptomatologie purement intestinale a été la plus longue. L'observation de Frankel en est un exemple.

2° Dans la majorité des cas c'est de *volvulus* qu'il s'agit, comme dans l'observation de M. Broca et plusieurs autres.

Dans ces cas le mécanisme de la torsion de l'intestin est

facile à comprendre : il ne diffère pas de la plupart des cas de volvulus liés à des tumeurs para-intestinales ou à des corps étrangers.

3^o Parfois il s'agit de *coudure* de l'intestin (Rimbach, Hendee, Kulenkampf, soit sur le pédicule du kyste, soit sur le kyste lui-même, soit par suite du poids du kyste.

4^o Enfin dans le cas de Sprengel, il y avait *invagination* intestinale causée par un petit kyste sous-séreux situé au niveau de la valvule iléo-cœcale et proéminent dans l'intestin.

Quoi qu'il en soit de ces divers mécanismes, l'occlusion intestinale domine l'histoire des kystes entéroïdes : cette occlusion intestinale entraîne elle-même parfois la *péritonite*, soit par propagation soit par perforation (Broca). Rappelons que dans le cas de Puschmann, il y avait à la fois perforation de l'intestin et perforation du kyste.

Une autre complication d'ordre mécanique qui doit être placée à côté de l'occlusion intestinale est la *torsion du pédicule* du kyste (Roth), qui parfois peut donner naissance à des symptômes douloureux aigus.

AUTRES COMPLICATIONS. — Mentionnons, à titre de curiosité, les deux faits observés par Quensel : dans l'un il existait une tuberculose intestinale, et en même temps une tuberculose de la muqueuse du kyste, fait sur lequel nous avons déjà attiré l'attention. Dans l'autre, il y avait coexistence de sarcome fuso-cellulaire et de kyste entéroïde : ce fait doit-il être interprété comme un sarcome développé *aux dépens du kyste lui-même* ?

Le fait ne laisserait pas d'avoir une certaine importance au point de vue du développement bien connu des tumeurs malignes dans les tissus atteints de malformations congénitales ou d'arrêt de développement (épithélioma séminifère du testicule ectopié à l'aîne par exemple). Malheureusement l'observation ne permet pas d'affirmer ce dernier point, car il s'agissait de deux tumeurs juxtaposées plutôt que d'une tumeur développée dans la paroi kystique à proprement parler.

L'éventualité d'une évolution maligne de la paroi kystique a été signalée par Anderson, Terrier et Lecène.

Diagnostic. — La description que nous avons faite des symptômes et de leur valeur séméiologique montre suffisamment que le diagnostic des kystes entéroïdes est très difficile, pour ne pas dire impossible. Et, de fait, dans aucun des cas publiés jusqu'ici, le diagnostic n'a été fait. Voici d'ailleurs quelques diagnostics qui avaient été portés avant l'intervention :

Pérityphlite : 2 fois.

Péritonite tuberculeuse : 1 fois.

Hydronéphrose : 1 fois.

Appendicite dans un sac herniaire : 1 fois.

Kyste de l'ovaire : 1 fois.

Kyste de l'ouraue : 1 fois.

Kyste mésentérique : 1 fois.

Ce dernier diagnostic est de tous celui qui approchait le plus de la vérité. Dans la plupart des cas d'ailleurs, on se contente, et avec raison, de faire le diagnostic d'occlusion

intestinale, les autres suppositions étant purement gratuites le plus souvent.

Malgré cette quasi impossibilité de faire le diagnostic des kystes entéroïdes, nous voudrions pourtant signaler deux faits importants.

Le premier, c'est que la *ponction* a dans deux cas, donné issue à un liquide contenant en suspension de la graisse et de la cholestérine : nous ne voulons pas prétendre que ce liquide soit caractéristique, mais nous croyons toutefois que, en pareil cas, on pourrait, étant donnés les signes physiques d'une part, les résultats de la ponction d'autre part, songer à la possibilité d'un kyste juxta-intestinal.

Le second concerne le diagnostic de l'entérokystome chez le nouveau-né, ou, plus exactement, le diagnostic de la cause d'une occlusion intestinale chez le nouveau-né. Toutes les observations concernant des nouveau-nés, et que l'on trouvera réunies à la fin de ce travail, concordent remarquablement ensemble, et elles sont assez nombreuses, semble-t-il, pour qu'on doive, en face d'une occlusion intestinale survenant dans les premiers jours, songer à la possibilité d'une occlusion par *diverticule de Meckel* ou par *kyste entéroïde*.

Il ne faut pas oublier non plus qu'il existe d'autres causes de vomissements incoercibles et d'occlusion du tube digestif chez le nouveau-né : et particulièrement nous signalerons la *sténose pylorique congénitale*, bien connue depuis quelques années et dont la fréquence relative est maintenant admise par tous les pédiatres.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des entérokystomes peut être très grave, car si bien souvent ils ne donnent lieu à aucun symptôme, nous avons vu que l'occlusion intestinale était un des aboutissants les plus communs ; or dans la plupart des cas opérés dans ces conditions, les malades ont succombé.

D'après Forgue et Riche, leur pronostic est grave également « parce qu'ils sont parfois le siège de dégénérescences qui en font de véritables tumeurs malignes ». Nous avons vu, par l'étude des deux observations d'Anderson et de Quensel, que ce point n'était pas aussi évident qu'on pourrait le croire. Aussi ferons-nous des réserves à ce sujet : l'occlusion intestinale reste l'accident par excellence qui menace les sujets porteurs de kystes entéroïdes.

C'est pourquoi il n'existe pas, à proprement parler, de traitement des kystes entéroïdes, mais bien plutôt un traitement de leurs accidents.

En présence des accidents d'occlusion il importe avant tout de lever l'obstacle et de rétablir le cours des matières ; puis secondairement on songe à l'extirpation de la tumeur elle-même.

Dans certains cas, cette intervention est facile, tels les cas de kystes situés sur la face convexe de l'intestin qu'on

peut extirper après ligature de leur pédicule : mais d'autres fois les lésions dues à l'occlusion elle-même ou le siège intramésentérique du kyste, son adhérence intime avec la paroi intestinale (kyste intra-musculaire ou sous-muqueux) imposent la résection de l'anse intestinale. Cette intervention est beaucoup plus grave que l'extirpation simple, mais elle est cependant légitime et la guérison s'observe parfois comme le prouve l'observation de Sprengel. Cependant une réserve s'impose au sujet du nouveau-né, chez lequel toute résection intestinale semble entraîner une issue fatale.

OBSERVATIONS

I

KYSTES ENTÉROÏDES A SIÈGE INTRA-MÉSENTÉRIQUE.

OBSERVATION I.

*Kyste entéroïde du mésentère — Occlusion par volvulus
Péritonite par perforation.*

Observation inédite, due à l'obligeance de
M. le Docteur A. BROCA.

Jean Alexis D. âgé de 6 jours, est présenté le 2 octobre 1906 à l'Hôpital des enfants malades. Il est né à terme, après accouchement normal, de parents bien portants, ayant déjà deux enfants (4 ans et 2 ans) bien portants et bien constitués — Né le 26 septembre à 1 heure de l'après midi, il rendit son méconium le 27 vers 10 heures du matin et continua jusqu'au lendemain. Dès le 27 à 2 heures du matin il fit sa première tétée, la seconde quatre heures plus tard : pas de vomissements : une selle normale le 28, une autre le 29 à midi. Dans la nuit du 29 au 30, après une tétée, début des vomissements, qui depuis furent continuels et vite devinrent fécaloïdes ; les selles se supprimèrent ; deux lavements furent donnés le 1^{er} octobre sans résultat ; deux autres de même inefficaces, le 2 octobre au matin, avant la venue à l'hôpital.

A l'entrée, nous vîmes un ventre très ballonné, très tendu, à peau rouge et luisante, sillonnée de grosses veines, dans lequel la palpation était à peu près impossible. Vers la fosse iliaque droite, toutefois, il y avait quelque résistance et de la matité. Cela fut confirmé par l'examen sous le chloroforme administré tout de suite, car l'existence d'une occlusion aigue était indiscutable, et en cette région je sentis une tuméfaction manifeste. Etait-ce une tumeur proprement dite, un volvulus, une masse d'anses agglutinées par péritonite autour du caecum et de l'appendice ? J'avoue qu'avant d'opérer je ne sus me faire une idée nette de ce diagnostic. Mais deux choses étaient certaines : il fallait opérer ; l'incision devait être latérale droite.

Je fis donc une laparotomie sur le bord externe du grand droit et j'arrivai sur un péritoine pariétal épaissi, enflammé, accolé aux anses sous-jacentes, elles aussi agglutinées par de la péritonite plastique. Vers la partie antérieure et moyenne de l'incision, la sonde cannelée trouva un point dépressible et là entra dans une poche d'où sortit en abondance un liquide épais, visqueux, légèrement rosé. En continuant à dissocier ces fausses membranes vers le haut, je vis sourdre environ un dé à coudre de pus, puis des matières fécales. Je mis un drain dans la poche muqueuse, un autre dans le petit foyer de péritonite et je refermai la plaie sans avoir compris ce que signifiait cette poche à côté de la péritonite par perforation. Opéré à 11 heures du matin, l'enfant succomba à 7 heures et demi du soir.

A l'autopsie, nous avons trouvé que la cavité muqueuse était un kyste inclus dans le mésentère. Au-dessus de lui, entre lui et le cœcum et le colon ascendant normaux, une anse d'intestin grêle (portion terminale de l'iléon), noirâtre et perforée s'était tordue en volvulus. Cela nous expliquait donc à la fois la tumeur, l'occlusion et la péritonite. Rien à l'appendice.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le docteur Brissy, qui a bien voulu nous communiquer ses coupes et nous a remis la note suivante :

« La pièce se compose d'une anse intestinale grêle, de 15 centimètres de longueur environ et fermée à chacune de ses extrémités par une ligature. Cette anse présente une concavité très marquée, concavité qui passe la demi-circonférence. A l'intérieur de cette concavité, entre les feuilletts de la portion du mésentère, qui répond à cette anse intestinale se trouve une tumeur grosse comme une petite mandarine, dont la forme générale est ronde et dont un des bords se moule dans la concavité de l'anse intestinale, tandis que l'autre fait saillie du côté de la section du mésentère.

Pour étudier les rapports que présente cette tumeur avec l'anse intestinale qui l'encercle, nous avons pratiqué les coupes suivantes : nous avons incisé de bout en bout le long du bord libre de l'anse intestinale d'une part, le long du bord mésentérique de la tumeur kystique d'autre part. Ayant ainsi ouvert l'anse intestinale et la tumeur, nous avons pu voir qu'il n'y avait aucun orifice les faisant communiquer l'une avec l'autre. L'anse intestinale et la tumeur n'ont donc entre elles que des rapports de contiguité. Pour compléter l'étude de ces rapports, nous avons pratiqué une série de coupes perpendiculaires à l'axe de l'intestin, intéressant à la fois celui-ci et la tumeur kystique pour voir si en quelque endroit il ne se trouvait pas un cordon fibreux, vestige d'un canal oblitéré, reliant l'intestin à la tumeur ; nous n'en avons pas trouvé. Nous avons vu en pratiquant ces coupes que le bord concave de l'anse intestinale adhérait étroitement avec la paroi de la tumeur en cet endroit et que la dissection et l'isolement de cette tumeur étaient très difficiles. On voit également la séreuse qui recouvre l'intestin passer sur la tumeur en s'invaginant très légèrement entre l'intestin et la tumeur elle-même. Sous cette séreuse se voient par transparence les vaisseaux du mésentère qui passent sur les deux faces de la tumeur pour aller irriguer l'intestin.

L'anse intestinale elle-même ne présentait rien de particulier ; elle avait son développement normal et en regardant à

l'intérieur, on pouvait voir les villosités intestinales avec la disposition en demi-diaphragme qu'elles ont sur le reste de l'intestin grêle. La muqueuse n'était pas épaissie, elle avait sa couleur rosée habituelle.

La paroi interne de la tumeur kystique, qui nous a été remise vidée de son contenu, paraît plus épaisse que la muqueuse intestinale ; elle est plus veloutée et a une apparence plus glandulaire qu'elle ; elle est de couleur rose avec par place un piqueté hémorragique et présente en certains endroits des relèvements muqueux, qui n'affectent pas d'ailleurs la disposition valvulaire.

Sur une section de la pièce perpendiculairement à l'axe intestinal, intéressant l'intestin et la tumeur sous-jacente, on prélève un fragment correspondant pour chacune des deux formations au quart de la circonférence formée par leurs parois. Ce fragment est pris de telle sorte qu'on ait à la fois un segment de l'intestin, un segment de la paroi kystique et la partie intermédiaire au niveau de laquelle l'intestin et la tumeur sont contigus.

La pièce, ainsi orientée de façon à ce qu'on puisse faire l'examen comparatif de la paroi intestinale et de la paroi kystique, est incluse et coupée avec les procédés habituels (durcissement au formol, inclusion à la paraffine, coloration à l'hématéine éosine, au bleu de Unna et à l'orcéine pour l'étude des fibres élastiques).

L'examen histologique de cette pièce permet de voir tout d'abord la grande analogie qu'il y a entre la structure de la paroi intestinale et celle de la paroi de la tumeur. Les deux parois, si l'on fait abstraction de la séreuse qui passe directement de l'intestin à la tumeur kystique, séreuse qui est légèrement épaissie et au-dessous de laquelle se voient de petites hémorragies au niveau de la tumeur, sont formées par une musculieuse et par une muqueuse.

La musculieuse est plus épaisse sur la paroi kystique que sur la paroi intestinale. La différence qui sépare la musculieuse in-

testinale de la musculouse de la tumeur kystique se réduit à peu de chose. Sur la paroi intestinale on trouve deux couches musculaires, l'une circulaire interne, l'autre longitudinale externe ; sur la paroi de la tumeur kystique on trouve également deux couches musculaires, l'une externe longitudinale, l'autre interne, dont les fibres ne sont pas nettement circulaires mais obliques. A l'intérieur de cette dernière couche, se voient de nombreux points hémorrhagiques.

Au niveau de la zone contiguë, la musculouse kystique et la musculouse intestinale adhèrent par leur couche externe, avec l'interposition d'un plan conjonctif qui rend possible le clivage histologique.

En ce qui concerne les différences qui séparent la muqueuse intestinale de la muqueuse kystique, elles peuvent ainsi se caractériser : la pièce, ayant été orientée parallèlement aux valvules conniventes, la muqueuse intestinale se présente avec la structure très simple de l'intestin grêle, c'est-à-dire un revêtement épithélial caliciforme et des glandes en tubes simples de Lieberkühn. Ces glandes sont situées au-dessus d'une *muscularis mucosæ* qu'elles ne traversent pas.

La muqueuse kystique a une structure un peu plus compliquée. Elle est plus épaisse d'abord, son épaisseur est irrégulière de telle sorte que son bord libre à la coupe est formé par une série de relèvements, entre lesquels on peut voir des fragments de muqueuse sans points de contact avec les parties voisines. Lorsqu'on analyse les éléments de cette muqueuse, on voit qu'elle est constituée par un épithélium caliciforme, qui la recouvre presque complètement et qui par place a desquamé à l'intérieur de la cavité. Par endroit ce revêtement épithélial s'enfonce à l'intérieur de la muqueuse en formant des culs-de-sac pseudo-glandulaires. Le reste de la muqueuse est formé par des glandes dont la structure est celle des glandes de Lieberkühn ainsi modifiées : le tube glandulaire, au lieu d'être simple, a proliféré ; à la coupe toute la couche glandulaire de la muqueuse est formée par des tubes très nombreux, accolés

les uns aux autres, séparés par endroits par des petits foyers histologiquement hémorragiques. Cette prolifération glandulaire donnerait presque à certaines régions de la muqueuse kystique un aspect adénomateux. »

Cet examen a été de tous points confirmé par l'autorité de M. le professeur Cornil, qui nous a fait l'honneur d'examiner les coupes.

OBSERVATION II

Terrier et Lecèae. (*Revue de Chirurgie*. 1904, p. 161).

Femme de 33 ans, couturière, entre le 20 octobre 1903 à la clinique chirurgicale de la Pitié, parce que son ventre est très augmenté de volume. La malade a été réglée à 14 ans ; à 15 ans elle a eu la fièvre typhoïde. La malade est mariée, mais n'a jamais eu d'enfant.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an, à ce moment la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume ; elle fut obligée d'élargir ses vêtements qui la gênaient. Il n'y avait pas de douleurs abdominales : les membres inférieurs n'étaient pas œdématiés.

Au bout de quelques mois, survinrent des douleurs abdominales avec quelques troubles dyspeptiques : nausées sans vomissements, pesanteur d'estomac après les repas, mais l'appétit était conservé. Au dire de la malade, elle aurait remarqué à ce moment l'existence d'une grosseur dans le côté droit du ventre ; cette grosseur avait le volume d'un œuf de poule, mais n'était pas sentie tous les jours par la malade.

Ce ne fut qu'en septembre de cette année (1903), il y a donc un mois, que la malade consulta un médecin ; à ce moment, outre l'augmentation considérable de volume du ventre, il y avait de l'œdème des membres inférieurs. Le médecin consulté

fit une ponction de l'abdomen, et retira environ 10 litres d'ascite.

Quinze jours après cette ponction, le ventre était devenu aussi gros qu'auparavant ; c'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Actuellement (20 octobre 1903), à l'inspection, le ventre est augmenté de volume : on sent très facilement à la palpation qu'il y a du liquide dans la cavité abdominale (sensation de flot). À la percussion, il existe une sonorité au centre de l'abdomen avec matité dans les flancs ; lorsque la malade est couchée à gauche, le flanc droit devient sonore, et réciproquement ; il s'agit donc d'une ascite libre. Les membres inférieurs sont œdématiés. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Comme il est très difficile de palper les organes intra-abdominaux à cause de l'ascite, on décide de pratiquer une ponction ; on retire ainsi 15 litres de liquide jaune clair un peu visqueux. On peut alors sentir dans le flanc droit, une tumeur du volume du poing. Cette tumeur indolente, arrondie, résistante, occupe la fosse iliaque droite ; elle dépasse en haut la crête iliaque, et descend en bas jusqu'au détroit supérieur : la tumeur possède une mobilité transversale peu marquée.

Au toucher vaginal, on sent que le col de l'utérus est très mou ; le corps utérin, au contraire, est dur ; à droite du corps de l'utérus, on sent à travers le cul-de-sac latéral droit, assez loin de l'utérus, une tumeur grosse comme le poing, tout à fait indépendante de l'utérus, cette tumeur est évidemment celle que l'on a sentie à la palpation de l'abdomen. À gauche, on ne sent pas les annexes.

La malade, actuellement, ne se plaint d'aucun trouble dyspeptique ; les selles sont normales et régulières. L'appétit est bon : il y aurait eu un peu d'amaigrissement depuis un an. Le foie est normal et ne dépasse pas le rebord costal. En présence de ces symptômes, on pense qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit, avec ascite.

Opération le 3 novembre 1903, par M. le professeur Terrier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On évacue une grande quantité de liquide ascitique clair jaunâtre un peu visqueux. On aperçoit alors une tumeur kystique adhérente à la paroi cœcale, située au-dessous et un peu en arrière du cœcum. La tumeur a le volume du poing : elle est complètement indépendante de l'utérus et des annexes droites qui sont absolument normales. Du côté gauche, la trompe est saine, l'ovaire présente à sa surface un petit kyste séreux, gros comme un pois, qui est incisé au bistouri.

On incise alors le péritoine pariétal postérieur, qui est rouge lie de vin, tomenteux et sillonné de grosses veines, au devant de la tumeur, celle-ci est énucléée ; elle répond à la face postéro-externe du cœcum sur lequel d'ailleurs, elle est tout à fait mobile ; on trouve sans difficulté le plan de clivage qui sépare la tumeur du cœcum. On ferme par un surjet la surface cruentée produite par l'ablation de la tumeur. L'appendice iléo-cœcal, indépendant de la tumeur, situé en dedans d'elle, est enlevé par la même occasion, suivant la technique habituelle. Réunion de la paroi sans drainage.

Guérison sans complication : la malade quitte l'hôpital à la fin de novembre 1903 ; l'ascite ne s'est pas reproduite.

Le kyste enlevé a le volume d'une très grosse orange, sa face externe est lisse, dépourvue de toute espèce de végétation. A l'incision, il s'écoule un liquide clair, très visqueux, rappelant celui que l'on trouve dans certains kystes mucoïdes de l'ovaire. La face interne du kyste est recouverte de végétations polypiformes, confluentes en un point, sur une étendue grande comme une pièce de cinq francs et disséminées sur le reste de la face interne du kyste.

Nous avons pratiqué l'examen histologique de la paroi de ce kyste au niveau où elle présentait ces végétations ; cette paroi est formée en dehors par une couche épaisse de tissu conjonctif dense, parcourue par des vaisseaux bien for-

més, et remplis de sang; cette paroi fibreuse mesure environ un demi-centimètre d'épaisseur. Sa face interne est tapissée par un épithélium cylindrique, à une seule rangée de cellules longues, pressées les unes contre les autres; les noyaux de ces cellules occupent leur base: ils sont bien colorés et riches en chromatine. Beaucoup de ces cellules cylindriques sont caliciformes; leur extrémité libre étant remplie par un bouchon de mucus offrant toutes les réactions spécifiques de cette substance. En certains points l'épithélium s'enfonce dans la paroi fibreuse, formant des invaginations pseudo-glandulaires, qui rappellent beaucoup les glandes de Lieberkühn; ces invaginations pseudo-glandulaires pénètrent quelquefois assez loin, et l'on retrouve sur la coupe des culs-de-sac coupés en travers. En regardant la coupe au niveau des végétations de la face interne du kyste, on voit que celles-ci sont formées par un axe du tissu conjonctif renfermant toujours un vaisseau capillaire étroit ainsi que des lymphocytes et des cellules de tissu conjonctif; cet axe conjonctif est recouvert par une seule rangée de cellules épithéliales cylindriques, souvent caliciformes, tout à fait analogues à celles que nous avons décrites plus haut.

Avant de faire des coupes totales de la paroi du kyste, nous avons fait des frottis avec le raclage de la face interne du kyste; nous avons ainsi obtenu de très belles cellules épithéliales cylindriques, présentant tous les stades de la sécrétion du mucus.

OBSERVATION III

Terrier et Lecène (*id.*)

Trouvaille d'autopsie. Kyste siégeant à 50 centimètres environ au dessus de la valvule iléo-cœcale, isolé de l'intestin et situé entre les deux feuillets du mésentère d'où il est facilement

énucléable; sa cavité contenait un liquide clair, un peu visqueux.

Histologiquement sa paroi est constituée par une couche très nette de fibres musculaires lisses et par un épithélium cylindrique, en partie caliciforme, à un seul rang de cellules. Il n'existait pas d'invaginations pseudo-glandulaires.

OBSERVATION IV

Rogers. (*British méd. Journ.* 1857, I, p. 405).

Femme âgée de 23 ans, entre à l'hôpital pour coliques — Depuis trois jours, constipation absolue. Malgré tous les moyens, cette constipation n'a pu être vaincue depuis son entrée à l'hôpital. Mort avec des symptômes d'occlusion intestinale et de péritonite.

Autopsie. Péritonite, volvulus de la partie inférieure de l'iléon; comme cause, on trouve à droite dans le petit bassin une grosse tumeur, qui se présente sous l'aspect d'un kyste intramésentérique, situé exactement au dessus du cœcum, et ayant un contenu fluide et lactescent. A l'examen microscopique la paroi kystique apparaît comme étant uniquement formé de tissu conjonctif.

OBSERVATION V

Hennig. (*Centralbl. fur Gyn.*, 1880, p. 398).

L'auteur fut appelé auprès d'une femme en travail, chez laquelle au huitième mois, une application de forceps avait permis l'extraction de la tête sans qu'il soit possible de terminer l'accouchement. — L'extraction complète ne put être opérée qu'après broiement du thorax et du bassin à l'aide du céphalotribe.

Trois litres d'un liquide clair s'écoulèrent alors. L'enfant

présentait un kyste intramésentérique rempli d'une sérosité claire, très légèrement rougeâtre et visqueuse, mesurant 22 centimètres, dans sa plus large circonférence. Dans cette sérosité, on décèle la présence de cellules cylindriques ; dans la paroi, existent des glandes intestinales très nettes.

En même temps on trouve, situé longitudinalement à la face antérieure du rachis, de la troisième à la cinquième cervicale, un kyste gros comme une prune tapissé d'un épithélium cylindrique.

OBSERVATION VI

Roth, cas II. (*Virch. Arch.*, 1881, vol. 86, p. 371.)

Ce cas s'est produit chez un enfant de sexe masculin, mort 10 minutes après sa naissance. A l'autopsie on trouve des kystes multiples des cavités thoraciques et abdominales. L'un d'eux était constitué par un sac en massue, allongé, situé au bord concave d'une anse intestinale et compris entre les deux feuillets du mésentère. L'extrémité libre, épaisse de 13 millimètres, était dirigée vers le jéjunum ; la petite extrémité s'effilait jusqu'à 5 millimètres et s'abouchait, du côté du mésentère, dans l'iléon, par un ostium de 3 millimètres de largeur, à environ 14 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

En pratiquant le cathétérisme de l'extrémité effilée, on trouva plusieurs rétractions annulaires ; l'extrémité renflée en cornue se présentait comme un kyste complet, dont la paroi était par places revêtue d'un épithélium à cils vibratiles.

Au reste, la structure de la paroi et l'intérieur du kyste ne différaient pas essentiellement des constatations faites dans le cas I du même auteur.

Un autre kyste constituait une tumeur de 60 millimètres de longueur, 23 millimètres de hauteur et 18 millimètres d'épaisseur, de situation rétropéritonéale, qui était, à l'aide d'un trousseau conjonctif, relié à l'artère mésentérique supérieure

dont les rameaux s'épanouissaient sur la tumeur. Ce sac s'invaginait dans le mésentère, qui lui formait en quelque sorte un capuchon. On ne trouve pas ici de communication avec l'intestin. Même structure histologique.

D'autre part, dans le médiastin postérieur se trouvait un troisième kyste, s'étendant de la troisième à la dixième dorsale, 5 centimètres dans le sens vertical, 3 et 7 dans le sens transversal, 4 centimètres dans le sens sagittal; il était recouvert par la plèvre et présentait en son milieu une bride allant se perdre dans les rameaux d'une artère intercostale. La tumeur toute entière était largement en contiguité avec la colonne vertébrale.

Le contenu du kyste était semblable à celui du précédent. La structure de la paroi décelait un développement défectueux de la muqueuse et une muscularis renforcée.

OBSERVATION VII

Fränkel. (*Virch. Arch.*, 1882. Bd. 87, p. 281.)

Nouveau-né, sexe féminin. Pendant les premiers jours après la naissance, absorption normale des aliments et selles régulières. Le troisième jour, constipation aussitôt suivie de phénomènes d'occlusion. Le cinquième jour, selle à la suite d'un purgatif; puis retour des phénomènes d'occlusion. Mort le onzième jour.

A l'autopsie, on trouve, à l'extrémité inférieure de l'iléon, une tumeur kystique à peu près sphérique, ayant environ 2 centimètres et demi de diamètre, située du côté de l'insertion mésentérique, entre les couches de la musculature. Le contenu de ce kyste est clair et muqueux. Sa paroi ne présente pas de glandes.

OBSERVATION VIII

Kulenkampf (*Centralbl. f. chir.*, 1883, p. 679.)

Garçon, âgé de 3 ans, atteint brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale. Mort rapide.

Autopsie : dans la région cœcale, kyste gros comme le poing, ne communiquant pas avec l'intestin, et présentant à sa surface trois ou quatre proéminences semi sphériques. L'occlusion reconnaissait pour cause la coudure d'une anse de l'iléon.

OBSERVATION IX

Dittrich (*Zeitschr. f. Heilkunde*, vol. 6, p. 282, 1885.)

A l'autopsie d'un homme mort de tuberculose, on trouve contre le feuillet gauche du mésentère, au niveau de la partie inférieure de l'iléon, à 5 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, un sac ovoïde gros comme une noix. De cette tumeur part verticalement le long du mésentère, un conduit de 1 centimètre et demi se terminant en cul-de-sac. La paroi de la tumeur et celle du conduit présentent une structure « qui rappelle celle de l'intestin ».

A sa surface interne, on constate un épithélium simple à cils vibratils ; au-dessous de cet épithélium, quelques fibrilles conjonctives, une sous-muqueuse, une muscularis et une séreuse.

OBSERVATION X

Buchwald (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, Bd 13 p. 868.)

Garçon, âgé de 6 ans, atteint de douleurs abdominales et de vomissements. Phénomènes d'occlusion. Laparotomie. Résec.

tion d'un fragment d'intestin avec un kyste intra-mésentérique. Mort vingt-quatre heures après. Ce kyste a la forme d'un sablier dont chaque moitié se trouve de chaque côté du péritoine. La moitié droite mesure 17 centimètres. sur 9 cm. 5 et sur 2 cm. 5, la moitié gauche $10 \times 7 \times 3,5$. Les deux moitiés communiquent entre elles et avec l'intestin. Elles contiennent un liquide jaunâtre; pas de matières fécales. Dans la paroi du kyste, nettement atrophiée, on constate un tissu conjonctif ondulé et, dans le voisinage de l'intestin, un revêtement muqueux.

OBSERVATION XI

Green (*Pathol. Soc. of London*, 1869, vol. 20, p. 173.)

Kyste multiloculaire à cavités communiquant ensemble par de petits pertuis. Situé au milieu de l'iléon environ, et atteignant le diamètre de deux pouces. Le kyste est situé entre le péritoine et la muqueuse : il contient un liquide sanguinolent. L'intestin voisin était gangrené et bleuâtre.

OBSERVATION XII

Nasse (*Archiv. f. klin. chirurgie*, 1898, vol. 45, p. 700.)

Garçon âgé de 6 jours, présentant des phénomènes d'occlusion avec ictère, est apporté mourant à l'hôpital. Dans la moitié gauche de l'abdomen, tumeur grosse comme une pomme, sphérique, lisse, mobile.

Laparotomie : la tumeur est située dans le mésentère près de l'intestin. Extirpation du kyste. Suture à la plaie abdominale des deux bouts de l'intestin sectionné. Collapsus. Mort au bout de vingt-quatre heures.

L'autopsie ne montre aucun vice de développement. Les

organes abdominaux sont normaux. L'anus artificiel établi au moment de l'intervention siège à 85 centimètres environ au-dessous du pylore et à 80 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin.

Kyste uniloculaire, gros comme un œuf de poule, avec un contenu séreux, d'un brun rouge. Déjà, à l'examen macroscopique, l'aspect de la paroi kystique rappelle celui de la muqueuse intestinale.

« Dans les endroits où cette paroi kystique est la plus épaisse, sa surface interne est tapissée d'une couche d'épithélium cylindrique qui, comme dans l'intestin, présente des papilles et des glandes en tubes. » On aperçoit des noyaux à la base des cellules cylindriques et de nombreuses cellules caliciformes.

Dans les points où la paroi du kyste est amincie, l'épithélium est plat et moins développé ; par places il manque complètement.

OBSERVATION XIII

Hüter (*Ziegler's Beiträge*, 1896, vol. 19, p. 391).

Nouveau-né, mort dix jours après la naissance avec symptômes de catarrhe intestinal.

Autopsie : Au niveau de la valvule de Bauhin, se trouve une tumeur kystique, grosse comme un noyau de cerise, ovale, à siège sous muqueux. Au niveau du mésentère on trouve une nodosité du volume d'un demi-pois, plate, composée de plusieurs petites masses, grosses chacune comme la tête d'une égingle, constituées par de petits kystes remplis d'un contenu vert noirâtre, mou, ressemblant à du méconium.

Dans ces kystes, se voient des glandes de Lieberküh, à distribution irrégulière, un grand nombre de cellules caliciformes et des villosités ; l'épithélium est très élevé.

A la base de la première tumeur kystique existent plusieurs petites cavités tantôt complètement isolées, tantôt communi-

quant avec le kyste principal. Même structure que celle précédemment décrite.

L'uretère gauche est gros comme une plume d'oie dans ces deux tiers supérieurs, mais à 2 centimètres au-dessus de la vessie il devient étroit et à peine perméable pour une sonde fine. Au niveau de son embouchure vésicale, la muqueuse de la vessie présente une apparence cicatricielle.

OBSERVATION XIV

Morton (*Pathol Soc. of London*, 1898, vol. 49, p. 411.

Homme de 39 ans, sans histoire clinique. Laparotomie, ouverture du cœcum : on trouve une tumeur ayant les dimensions d'un œuf, adhérent à la paroi interne du cœcum, près de l'insertion de l'appendice ; sa surface était rouge et villeuse, les parois de l'appendice étaient épaissies. Extirpation de l'appendice et du kyste.

Sa paroi est infiltrée de plaques calcaires. Il contient un liquide ambré. Sa cavité communique avec la cavité de l'appendice par un pertuis très étroit. Sa paroi est composée de tissu fibreux sans épithélium décelable. L'auteur pense qu'il s'agit d'un kyste par dilatation de l'appendice, sans cependant l'affirmer.

OBSERVATION XV

Sprengel (*Deutsch. Ges. f. Chir.*, 1900, p. 537.

Jeune fille, âgée de 15 ans. Souffre depuis l'âge de 4 ans de crises douloureuses périodiques dans le bas-ventre. Vomissements. Constipation. Dans les intervalles des crises, la santé était assez satisfaisante. Chez cette malade, d'aspect chétif, se trouve au dessus de l'ombilic une tumeur dure, que l'on ne

peut sentir nettement à cause de la tension du muscle droit de l'abdomen. Pas de phénomène d'occlusion.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse.

Laparotomie : péritoine sain. Il s'agit d'une invagination du cœcum et de la partie inférieure de l'iléon dans le colon. Désinvagination. Resection. Anastomose par bouton. Guérison sans complication.

Immédiatement au niveau de la valvule de Bauhin et du mésentère, on trouve une tumeur kystique de 3 centimètres de diamètre qui a été, sans aucun doute, la cause efficiente de l'invagination. Le kyste ne communiquait pas avec l'intestin et examiné par Beneke, on y a trouvé une muqueuse semblable à celle de l'intestin.

OBSERVATION XVI

Hedinger. (*Virch. Arch.*, 1902, vol. 167, p. 29).

Chez un sujet âgé de 4 ans, qui, auparavant, a présenté fréquemment du météorisme abdominal, on note des douleurs très aiguës, des vomissements et une constipation partielle.

Diagnostic : Pérityphlite. Au bout de huit jours de séjour à l'hôpital, aggravation rapide, mort.

Autopsie : Tumeur volumineuse de la région de l'abdomen. occupant l'espace situé entre la symphyse et l'ombilic d'une part et entre les deux crêtes iliaques de l'autre. A l'ouverture de la tumeur, on évacua plus d'un litre d'un liquide lactescent. Cette tumeur était comprise dans le mésentère au-dessus de la valvule de Bauhin et était uniloculaire.

La paroi présentait identité de structure avec la paroi intestinale, cependant l'épithélium fait défaut sur des espaces assez étendus. A côté d'un épithélium plat, parfaitement développé, qui en réalité est un épithélium cubique stratifié, on voit une couche de cellules parfois très volumineuses, et rappelant en

partie les cellules cylindriques. Dans la paroi du kyste on trouve des formations rappelant les plexus d'Auerbach et de Meissner. Dans la sous-muqueuse, on trouve de petits corpuscules ronds, le plus souvent par groupes de deux ou trois, qui consistent en partie en cellules entourées de tissu conjonctif, en partie en cellules desquamées avec des noyaux ronds ou ovales ou en forme d'ampoules, riches en chromatine. Les noyaux sont surtout situés à la base des cellules. Ces cellules n'ont pas de parois nettes, mais cependant on a l'impression qu'il s'agit là de cellules cylindriques hautes. L'auteur considère ces formations comme étant des glandes ; cependant il n'a pu constater nulle part d'ouvertures.

OBSERVATION XVII

Puschmann. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1904, vol. 72, p. 409.)

Garçon âgé de 6 ans, pris brusquement de manifestations péritonitiques graves. Mort deux jours après le début.

Autopsie: Péritonite par perforation.

Kyste intramésentérique largement accolé à l'intestin et divisé par un étranglement comme un sablier en deux parties, l'une d'un côté du mésentère grosse comme le poing, l'autre de l'autre côté du mésentère, grosse comme une pomme.

Ce kyste est perforé ainsi que l'intestin adjacent. Sa paroi présente une double couche musculaire, et se trouve tapissée d'épithélium cylindrique dans lequel se voient des cellules caliciformes.

OBSERVATION XVIII

Tscherning. (*Nordiskt Mediciniskt Arkiv*. Bd. 45, n° 9.)

Il s'agit d'un enfant mort d'ileus six jours après sa naissance. On n'a pas relevé chez le nouveau-né de malformations mani-

festes. Pas de selles sans moyens artificiels ; vomissements répétés. intolérance absolue. La mort s'est produite subitement. A l'autopsie on constata : Atélectasie des poumons. hyperhémie des reins et de la rate. et du côté de l'abdomen, les lésions suivantes :

Le canal intestinal était moyennement dilaté jusqu'en un point situé à (1 m. 45) au-dessous du pylore. et à 30 centimètres de la valvule de Bauhin. A cet endroit se trouvait un rétrécissement de la lumière de l'intestin, qui était causé par compression du fait d'un kyste mesurant 5 centimètres de diamètre, irrégulièrement arrondi. Ce kyste était partout recouvert par le péritoine qui présentait un aspect absolument normal.

La tumeur était reliée à l'intestin par quelques fibres conjonctives. Le revêtement interne de la paroi kystique présentait l'aspect de la muqueuse intestinale ; des masses colloïdes nageaient dans le contenu du kyste.

Au niveau de l'anse grêle adjacente à la tumeur se trouvait un volvulus rétrécissant le calibre de l'intestin, qui, en amont, était moyennement dilaté. au-dessous un peu rétracté. Le kyste déprimant la paroi intestinale, la muqueuse présentait une convexité à sa hauteur. On ne put mettre en évidence de communication entre le kyste et l'intestin ; la seule trace existante d'une union plus étroite était un cordon de tissu fibreux situé dans la zone intermédiaire entre les deux formations.

L'examen microscopique du contenu du kyste décela la présence de cellules cylindriques avec liseré basale. Les coupes de la paroi kystique montrèrent une structure analogue à celle de la paroi intestinale. Toutefois il n'existait pas de glandes de Lieberkühn.

OBSERVATION XIX

(Runkel. *Thèse de Marbourg*, 1897.)

Enfant ayant présenté, aussitôt après sa naissance, une tu-

méfaction marquée du bas-ventre ; vomissements jaune verdâtre ; constipation non absolue (on pouvait obtenir des selles par les moyens artificiels). La nutrition générale était néanmoins relativement satisfaisante, mais le météorisme abdominal augmentait de jour en jour. L'état était très grave lorsque le professeur Hadlich, de Cassel, vit l'enfant (16 jours après sa naissance) ; distension considérable de l'abdomen avec tympanisme et zones de matité. On avait l'impression d'une tumeur kystique prenant son origine du côté gauche, un peu irrégulière et se dirigeant en haut et à droite en remplissant la plus grande partie de l'abdomen.

Diagnostic : hydronéphrose congénitale probable.

Mort deux mois après la naissance.

Autopsie : la cavité abdominale est remplie par un kyste volumineux qui semble intimement uni au segment inférieur de l'intestin. L'intestin grêle, ainsi que le gros intestin, présentent leur calibre normal ; en rapport avec la partie inférieure de l'iléon et du mésentère, on trouve un énorme kyste en forme de boudin qui est incurvé en fer à cheval. Sa convexité est dirigée en haut.

L'une des extrémités se trouve tout près du cœcum et est reliée au gros intestin par un meso assez long. Le cœcum est remarquablement court. Le fragment d'intestin grêle de 3 centimètres de long environ, situé dans le voisinage immédiat du cœcum, se présente avec son mésentère. L'intestin grêle s'élève ensuite à la face antérieure du kyste sur une longueur de 10 centimètres et demi, et dans ce trajet se trouve intimement adhérent au kyste, étalé sur lui, mais perméable. Plus haut, l'iléon se détache du kyste, mais lui reste cependant rattaché à distance par le mésentère.

L'autre extrémité du kyste est libre et s'étend de haut en bas où elle dépasse les insertions mésentériques de 6 centimètres. La longueur de toute la formation est de 63 centimètres. La circonférence de l'extrémité cœcale de la tumeur mesure 24 centimètres, l'autre extrémité, mousse, ovulaire, mesure

28 centimètres. La surface du kyste est lisse, recouverte de péritoine et sillonnée de nombreuses et grosses ramifications vasculaires venant du mésentère.

La séreuse passe directement sur la surface du kyste, lequel est compris partiellement entre les feuillettes du mésentère. Le kyste ne communique pas avec l'intestin : on trouve cependant une petite dépression répondant peut-être à un orifice oblitéré.

Le kyste contient un litre de liquide renfermant des flocons, des grumeaux et des débris d'épithélium cylindrique.

Histologiquement : muscularis mucosæ et muqueuse dont l'épithélium a disparu presque en totalité.

Le cœcum et le côlon ascendant se trouvaient libres dans la cavité abdominale et présentaient un méso.

Il existe également un petit kyste triangulaire qui se trouve relié à la racine du mésentère par un ligament de 5 centimètres de long. Ce kyste contient un liquide analogue à celui qui remplit le grand kyste. Histologiquement sa paroi est constituée par une couche musculaire épaisse (couche externe longitudinale et couche interne circulaire), une sous-muqueuse, et une muqueuse à épithélium cylindrique. Elevures en forme de villosités et formations glandulaires constituées par des acini tubulés à cellules cylindriques et « rappelant surtout les glandes de Brünner ».

L'auteur insiste sur ce fait que le kyste était en partie libre, en partie intra-mésentérique et sur le volume considérable du kyste qui s'est probablement formé aux dépens d'une grande partie du canal omphalo-mésentérique.

OBSERVATION XX

Runke] (*Ibidem*).

Enfant du sexe féminin, mort pendant le travail.

L'autopsie, qui a révélé chez cet enfant l'existence de mani-

festations de syphilis congénitale, a permis de faire les constatations suivantes au niveau de l'intestin.

A 20 centimètres au dessus de la valvule de Bauhin, étroitement serré contre le mésentère, est annexé à l'iléon un petit prolongement rénitent, de 11 millimètres de circonférence, et qui représente un canal incurvé, mesurant 1 cm. 5 de longueur après étalement. Cet appendice, par son extrémité touche la paroi de l'intestin, à la surface duquel il est fixé dans cette position incurvée par une duplicature de la séreuse intestinale qui lui forme comme un petit méso.

Après ouverture de l'intestin sur la ligne d'insertion du mésentère, on voit la lumière intestinale un peu élargie dans la zone d'émergence du kyste; la paroi toutefois y présente la même épaisseur que sur le reste de l'iléon. A ce niveau la muqueuse et la muscularis font dans la lumière intestinale une légère saillie semi-lunaire de la grosseur d'un demi-pois; mais ne présentent pas d'autres modifications. On ne trouve aucune communication entre le kyste et l'intestin. La paroi kystique présente le même aspect que la paroi intestinale. Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION XXI

Tiedemann (*Anatomie der kopflosen*

Missgeburten, 1813, p. 66.)

Chez un enfant à terme, complètement développé, présentant une hernie ombilicale congénitale et un bec de lièvre, on trouve à l'ouverture du péritoine un kyste piriforme rempli de sérosité, adhérent par un pédicule ou canal à la partie libre ou convexe de l'anse intestinale herniée. La sérosité du kyste est de couleur jaunâtre et tient en suspension quelques flocons ressemblant à de l'albumine coagulée.

Sur la paroi du kyste tapissée « d'une muqueuse intestinale » se voient des ramifications artérielles.

OBSERVATION XXII

Houston. (*Descript. Catal of. the Prepar. in the Museum of the Royal College of Surgeons in Ireland*, vol. I, p. 38, 1834.)

Il s'agissait d'une pièce anatomique où le diverticule de l'iléon formait un sac circonscrit de la grosseur d'un œuf et à contenu opaque.

OBSERVATION XXIII

Von Raesfeld. (*Inaug. Diss.*, Berlin. 1852.)

Il s'agit d'un kyste sous-séreux que l'auteur considère comme formé aux dépens du diverticule de Meckel.

OBSERVATION XXV

Roth. Cas I. (*Loc cit.*)

Un enfant de 16 mois présentait des troubles gastro-intestinaux depuis environ un mois. Une aggravation se produit et il meurt en quelques jours. A l'autopsie, en outre d'un hypospadias et d'anomalies artérielles de la crosse aortique, on fit les constatations suivantes : Au-dessous de l'ombilic se trouve, placée devant le mésentère, une tumeur ovale à grand diamètre transversal, rougeâtre, modérément tendue, qui mesure 62 millimètres dans le sens transversal, 53 verticalement, 36 dans le sens sagittal. Elle est adhérente à l'épiploon. A droite et en bas de la tumeur, un pédicule long de 11 millimètres s'en va vers la face concave de l'iléon, tout près de l'insertion du mésent-

tère, à 66 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Ce pédicule se compose de deux parties, l'une en forme de cône, large à l'iléon de 11 millimètres et à la tumeur seulement de 4, tordue de droite à gauche et d'un cordon vasculaire et graisseux dépendant du précédent, qui va se perdre dans le mésentère, représentant ainsi le méso de la tumeur. Il y a de la péritonite. Si l'on examine maintenant la tumeur, on voit qu'elle se tend fortement par l'insufflation de l'intestin.

À l'ouverture, pratiquée sur sa face postérieure, on voit sortir de l'air et 32 centimètres cubes d'un liquide épais, rouge brun, mêlé de mucus et de débris rougeâtres.

Ce liquide se compose presque exclusivement de globules de pus, à côté de globules sanguins frais et décolorés. On y trouve mêlées quelques cellules cylindriques. On reconnaît que les débris rougeâtres étaient de petits morceaux de muqueuse intestinale, infiltrée par hémorragie, traversée par de grands trous réguliers (glandes).

Il y avait, en outre, quelques débris alimentaires. La paroi atteint une épaisseur de 2 millimètres, partout plus développée que celle de l'iléon. Sa surface intérieure est en partie ulcérée, revêtue dans presque toute son étendue d'une membrane tachetée de rouge sombre, molle ou villeuse.

Elle montre au microscope un revêtement de cellules cylindriques et, dans le chorion de la muqueuse, infiltré de globules sanguins jusqu'au sommet des villosités, se trouvent engagées des glandes de Lieberkühn bien conservées. En allant vers l'extérieur, on reconnaît ensuite sur la coupe la *muscularis mucosæ*, la sous-muqueuse, la couche musculaire circulaire très fortement développée, tandis que les fibres longitudinales ne sont marquées que par des faisceaux isolés et minces. Dans le tissu cellulaire sous-séreux se trouvent de gros vaisseaux et de la graisse, puis apparaît la séreuse très nettement délimitée. À l'extrémité inférieure de la tumeur on remarque une ouverture, de la grosseur d'une lentille, presque complètement ob-

turée par une muqueuse boursouflée, rouge sombre, par laquelle on peut avancer la sonde jusque dans l'iléon.

L'orifice de communication du pédicule conique de la tumeur avec l'iléon n'est pas tout à fait de la grosseur d'un haricot : son axe longitudinal est parallèle à celui de l'intestin et situé tout près du point d'attache du mésentère, sur le bord concave de l'intestin. En bas, cette ouverture est limitée par un léger repli muqueux, en haut, par un repli fortement proéminent, occupant à peu près le tiers de la circonférence de l'intestin.

On retrouve donc dans les cas de valvule du diverticule les mêmes lésions que dans les tumeurs à pédicule tordu.

Bien que cette observation soit discutable au point de vue de l'interprétation, nous la reproduisons cependant parce qu'elle est un exemple frappant d'une lésion intermédiaire entre le diverticule de Meckel et l'entérokystome.

OBSERVATION XXV

Battle. (*Brit. med. journ.*, 1885, vol. I, p. 839.)

Femme de 35 ans ayant présenté huit ans auparavant de l'ictère et de l'ascite ; l'ictère dura deux ans et disparut peu à peu, mais l'ascite persista six ans. Quand l'épanchement péritonéal fut résorbé, la malade remarqua une augmentation de volume de l'abdomen du côté gauche. Cette tumeur était arrondie, située immédiatement au-dessous du rebord costal, du volume d'un gros œuf, mobile, mais ne suivant pas les mouvements de la respiration. Elle était douloureuse à la palpation.

Dans la région hypogastrique, on trouvait une autre tumeur, située entre la ligne médiane et la fosse iliaque droite, également mobile et douloureuse.

Intervention. Extirpation du kyste qui était sessile et adhé-

rent à la paroi abdominale. Les lymphatiques voisins étaient très dilatés ; la tumeur pelvienne était un fibrome utérin.

Le kyste était du volume d'une petite orange. Il contenait un liquide jaunâtre, avec de la graisse et des paillettes de cholestérine. L'examen chimique y montra la présence d'albumine et de graisse.

L'examen histologique ne put mettre en évidence des cellules épithéliales.

OBSERVATION XXVI

Fitz (*Amer. journ. of med. Science*, 1884, vol. 88. p. 40.)

A l'autopsie d'un sujet mort de pleurésie chronique, on trouve, au niveau de l'intestin grêle, près de l'insertion mésentérique, à un centimètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, un kyste sans communication avec la cavité intestinale.

La paroi de ce kyste présente la structure de la muqueuse intestinale.

OBSERVATION XXVII

Dittrich. (*Zeitschr. f. Heilkunde*, 1885. vol. 6. p. 282.)

Chez une petite fille, âgée de douze mois, morte de pneumonie, on trouve à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, du côté de l'intestin grêle opposé à l'insertion mésentérique, une sorte d'appendice de 75 millimètres de long, gros comme une plume d'oie, de forme conique, libre dans la cavité abdominale, étranglé dans sa partie moyenne. Pas de communication avec l'intestin. Le contenu consistait en une masse visqueuse. A l'examen microscopique, on trouve les diverses couches de la paroi de l'intestin.

OBSERVATION XXVIII

Dittrich. (*Prag. med. Woch.*, 1889, p. 307.)

Chez une petite fille de 5 ans. à 60 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. on trouve une sorte d'appendice kystique complètement fermé. libre dans la cavité abdominale avec un contenu épais et visqueux. Au microscope, structure de la paroi intestinale normale.

OBSERVATION XXIX

V. Dusch. (*Verhandl. d. nat. med. Vereins. Heidelberg*, 1888 (IV-1892).)

Il s'agit d'un enfant issu d'une famille saine, qui n'a jamais été malade et qui n'a jamais présenté de troubles digestifs. Dans les derniers temps, il a été pris d'anorexie, de constipation faisant penser à une occlusion intestinale. Puis, alternatives de constipation et de selles normales : enfin diminution des vomissements.

A l'entrée à l'hôpital, on trouve plusieurs tumeurs isolées dans l'abdomen météorisé. La plus grosse siège à l'épigastre, à peu près ronde, très élastique ; une seconde tumeur se trouve à gauche et un peu au dessous de l'ombilic ; une troisième à droite sous le foie. une quatrième peu perceptible à la palpation. dans la partie gauche de la région hypogastrique. Le contenu de la tumeur la plus volumineuse. celle de l'hypogastre, consiste, comme l'ont montré plusieurs *ponctions exploratrices*, en une sérosité jaunâtre, un peu louche, riche en albumine et présentant à l'examen microscopique des cellules ovales avec pigment rougeâtre, des gouttelettes de graisse et des paillettes de cholestérine.

Il existe manifestement, ainsi qu'on peut le constater, des communications entre les différents kystes, attendu qu'il est possible de refouler le contenu de l'un dans les autres. On reconnaît notamment une communication sous forme de cordon entre le kyste épigastrique et celui qui se trouve situé sous le foie.

Les forces de l'enfant diminuant de plus en plus, il sort de l'hôpital sur la demande des parents et est perdu de vue. V. Dusch pense qu'il s'agit là probablement de kystes développés aux dépens du diverticule de Meckel ou de diverticules analogues de l'intestin (1).

OBSERVATION XXX

Seligman (*Jahrb. der Hamburger st. krankenanst.*, 1890,
vol. 2, p. 129.)

Chez un garçon de 21 mois, mort de pneumonie, on trouve, à 6 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, un kyste du volume d'une prune, siégeant dans la musculature de la paroi intestinale, et d'un contenu incolore, un peu louché.

Histologiquement, la paroi du kyste rappelle la structure de l'intestin; la ponction de cette paroi, contiguë à la muqueuse intestinale, renferme un grand nombre de petites cavités, grosses comme des têtes d'épingles et dont le revêtement interne se compose d'une muqueuse avec villosités et glandes de Lieberkühn. Du côté opposé il existe quelques dépressions tapissées d'épithélium cylindrique rappelant les cryptes de Lieberkühn.

(1) Malgré l'absence de vérification anatomique, nous croyons intéressant de rapporter cette observation, dont l'histoire clinique est assez spéciale (ponction, communication des kystes entre eux).

OBSERVATION XXXI

Rimbach (*Thèse de Giessen*, 1897.)

Jeune fille de 25 ans, présentant un kyste de l'abdomen qui, sept jours avant sa mort, fut ponctionné. On retira 3 litres d'une sérosité sanguinolente, contenant des flocons fibrineux et de nombreuses paillettes de cholestérine. Mort avec symptômes d'occlusion intestinale.

A l'autopsie, on trouve un kyste volumineux de 17 centimètres de diamètre, siégeant au niveau de l'intestin grêle, du côté opposé à l'insertion mésentérique et dont la paroi, en certains endroits, a jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur. La paroi de ce kyste, qui communique avec l'intestin par une petite ouverture, présente la structure de l'intestin. Il s'agissait d'une occlusion par coudure.

OBSERVATION XXXII

Rimbach (*Thèse de Giessen*, 1897.)

Femme âgée de 38 ans se plaint d'une tumeur abdominale, qu'elle a remarquée depuis trois ou quatre ans et qui, depuis, a augmenté de façon progressive.

Opération. Guérison.

On trouve une tumeur grosse comme une tête d'adulte, très tendue, recouverte de tous côtés par l'épiploon. Après l'avoir libérée des adhérences, on constate que la tumeur est rattachée à l'intestin grêle par un pédicule gros environ comme un crayon et paraissant complètement plein. Il s'agit d'un kyste dont la paroi ne présente pas de muqueuse, mais une musculature formée de deux couches de fibres musculaires lisses.

OBSERVATION XXXIII

Anderson. (*Brit. med. journ.*, 1898, vol. I, p. 426.)

Femme de 59 ans. souffrant depuis dix ans environ de diarrhée chronique et d'attaques bilieuses qui sont devenues particulièrement fréquentes depuis deux ou trois ans. Depuis peu, elle présente des vomissements et elle a notablement maigri.

On trouve une tumeur occupant la région ombilicale gauche, mesurant six pouces de diamètre. mobile dans tous les sens. mate, légèrement fluctuante. non douloureuse à la palpation. La malade avait déjà remarqué son existence quelques semaines auparavant. La tumeur ne se modifiant pas avec les purgatifs et le traitement diététique et la malade continuant à s'affaiblir, on intervient chirurgicalement.

Après incision médiane on tombe sur une tumeur grosse comme une tête d'enfant. en connexion avec la face antérieure de l'estomac et adhérente au côlon transverse. L'extirpation étant impossible à cause des adhérences, on suture la tumeur à l'incision abdominale et on l'incise : il s'en écoule 500 centimètres cubes d'un liquide rouge brunâtre. La malade meurt le lendemain.

A l'autopsie on trouve, en plus du kyste opéré, cinq autres kystes juxta-intestinaux. Les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux sont augmentés de volume. Le pancréas est atrophié et le canal de Wirsung dilaté. Le foie, la vésicule et les voies biliaires sont normaux. Il existe un gros kyste uniloculaire à la partie postérieure de l'estomac à quatre pouces du pylore ; il est situé entre la tunique musculaire et le péritoine et ne communique pas avec la cavité gastrique. Il contient 150 centimètres cubes de liquide brunâtre, grumeleux.

L'examen microscopique y montre des globules rouges, de la graisse, des cristaux de cholestérine, du pigment jaunâtre.

et quelques cellules épithéliales cylindriques isolées ou agminées par groupes de trois ou quatre. Parmi elles sont des cellules muqueuses.

Quant au kyste pré-stomacal, sa surface interne est irrégulière et villose.

Derrière l'épiploon existe un kyste multiloculaire contenant des débris caséeux. A la partie postérieure du pylore est un petit kyste contenant un liquide hémorragique.

Un grand kyste uniloculaire est attenant au jéjunum et contient 150 centimètres cubes d'un liquide brunâtre analogue à celui décrit plus haut. Il est sous-péritonéal. Son grand diamètre, parallèle à l'axe de l'intestin, est de 3 pouces et demi, son petit diamètre de 2 pouces et demi. Il commence au niveau de l'insertion mésentérique et s'étend le long de la circonférence de l'intestin. En certains endroits sa surface interne est papillaire. Ce kyste est rattaché par des adhérences au côlon descendant.

Il existe un autre kyste du jéjunum qui contient environ 62 centimètres cubes de liquide, semblable au précédent, mais plus petit, et contenant des paillettes brillantes.

Son contenu histologique est le même que celui signalé plus haut. Ses parois sont constituées par un tissu conjonctif très vasculaire, contenant d'abondants débris d'hémoglobine. De place en place, on y trouve quelques cellules épithéliales et en quelques endroits sont des néoformations papillomateuses, de structure adénomateuse évoluant vers le type néoplasique malin.

OBSERVATION XXXIV

Quensel. (*Nordisk Med. Archiv.*, 1898, n° 30 p. 1.)

Enfant mort-né.

Du côté antérieur, convexe de l'intestin se trouve un kyste rond, élastique de 3 centimètres de long, uniloculaire, situé au

niveau de la valvule de Bauhin et libre dans la cavité abdominale. Ce kyste ne communique pas avec la lumière intestinale et contient une sérosité claire, renfermant quelques flocons et des cellules épithéliales isolées ou agglomérées.

La paroi du kyste est lisse ; elle est formée de deux couches musculaires et d'une muqueuse peu développée qu'on ne rencontre que par places et qui présente çà et là des formations glandulaires.

OBSERVATION XXXV

Quensel. (*Ibid.*)

Enfant sexe féminin, âgée de quatre mois. Morte de pneumonie.

A l'autopsie, on trouve contre le cœcum, à la face antérieure, un kyste sous-muqueux, uniloculaire, de 3 centimètres de longueur à contenu clair et muqueux. Ce kyste ne communique pas avec l'intestin. Il est tapissé d'une muqueuse avec villosités et de nombreuses glandes munies d'une couche épithéliale, qui présente de nombreuses cellules caliciformes.

OBSERVATION XXXVI

Quensel (*Ibid.*)

Femme, âgée de 63 ans. Atteinte de douleurs abdominales et d'obstruction intestinale. Puis, vomissements fécaloïdes. Laparotomie. Résection d'une tumeur située dans le bassin en même temps que des portions intestinales adjacentes. Mort

A 57 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve, du côté opposé à l'insertion mésentérique, entre les deux couches musculaires de la paroi intestinale, une tumeur volumineuse divisée en deux parties : l'une kystique et l'autre,

plus petite, solide, faisant saillie dans l'intestin. Cette dernière se présente comme étant un sarcome fuso-cellulaire dont le point de départ se trouve dans la sous-muqueuse. Quant au contenu du kyste, il est sanguinolent et de consistance molle. Dans sa paroi prédomine le tissu conjonctif, vraisemblablement, par suite de modifications secondaires, sa muqueuse a été détruite.

OBSERVATION XXXVII

Quensel (*Ibid.*)

Pièce d'autopsie trouvée chez un adulte.

Au niveau de l'iléon, du côté opposé à l'insertion mésentérique, se trouve un kyste rond, sous-séreux, de 6 centimètres de diamètre, ne communiquant pas avec l'intestin. La paroi présente la structure de l'intestin grêle. Au niveau de la muqueuse on trouve des villosités, mais l'épithélium de revêtement et l'épithélium glandulaire dans sa plus grande partie ont disparu.

Tuberculomes dans la muqueuse kystique et intestinale ; dans la sous-muqueuse, tubercules miliaires.

OBSERVATION XXXVIII

Gfeller (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 1902, vol. 65, p. 330.)

Petite fille âgée de 12 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 5 ans. Depuis cette époque, douleurs abdominales fréquentes, survenant par crises et accompagnées de vomissements. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise brusquement de douleurs abominables extrêmement vives et de vomissements. L'épigastre et la région lombaire du côté droit sont très

tendus, mais la palpation ne révèle aucune résistance profonde.

Diagnostic : Pérityphlite.

Opération : Exsudat séreux de périlonite; ancienne cicatrice au niveau de la racine du mésentère; torsion de 360° d'une longue anse intestinale. On extrait du petit bassin une tumeur du volume d'une orange, siégeant sur le bord libre de cette anse intestinale, et alors le volvulus se réduit facilement.

Extirpation de cette tumeur kystique située sous la sous-muqueuse de la paroi intestinale. Guérison.

Ce kyste uniloculaire contient une sérosité louche et brunâtre. Sa paroi présente la structure intestinale : séreuse, deux couches de fibres musculaires lisses, longitudinales et circulaires, sous-muqueuse, *muscularis mucosæ* et, immédiatement au-dessous de la couche épithéliale, une couche de tissu conjonctif lâche. Dans la plupart des joints, il y a un épithélium typique pavimenteux stratifié, dont les assises les plus profondes sont plus ou moins cylindriques, tandis que les cellules sus-jacentes se rapprochent davantage de la forme cubique ou polygonale et à la surface on trouve presque partout une simple couche de cellules aplaties, mais toutes pourvues de noyaux. Les noyaux des cellules cylindriques sont plus clairs, ayant davantage la forme de petites ampoules; on n'aperçoit pas encore ici de cellules ciliées bien nettes.

Cet épithélium pavimenteux stratifié devient en plusieurs endroits, soit brusquement, soit par transition, un épithélium cylindrique stratifié dont les noyaux sont colorés avec intensité et dont le corps protoplasmique est peu élevé. Ces cellules cylindriques se montrent très nettement délimitées, mais sans cils vibratiles. Elles ne présentent nulle part l'aspect de cellules caliciformes. En quelques endroits, cet épithélium cylindrique ne présente qu'une couche de cellules remarquablement élevées. A l'examen en surface on constate que la plus grande partie de la muqueuse est recouverte d'épithélium pavimen-

teux, tandis que l'épithélium cylindrique est reconnaissable sur des coupes longitudinales par ses noyaux de teinte plus sombre.

D'autres éléments, tels que glandes et tissu lymphoïde, font complètement défaut.

OBSERVATION XXXIX

Hendee. (*Bruns' Beitr.*, 1904. vol. 42, p. 542.)

Jeune homme âgé de 15 ans. Ce sujet, dont les selles étaient, depuis quelques jours déjà irrégulières, est pris pendant son travail, 10 jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs dans le côté droit de l'abdomen avec vomissements. Le lendemain, les selles cessèrent, puis elles redevinrent régulières, lorsque, trois jours avant l'admission du malade, elles cessèrent en même temps que les douleurs réapparaissaient. Avant cette époque, il n'avait jamais souffert du ventre ni d'une hernie inguinale dont il était porteur. L'abdomen est un peu tendu au niveau de la fosse iliaque droite et un peu sensible à la pression. Partout ailleurs il est souple et facilement palpable. Dans la région de la fosse iliaque droite, on sent une tumeur grosse comme une pomme, pas particulièrement dure. Dans la région inguinale droite, on constate une zone résistante de forme allongée, cylindrique, qui devient encore plus nette lorsque le malade tousse. Diagnostic clinique : appendicite dans le sac herniaire. Opération.

Au niveau du canal inguinal, dans un sac péritonéal non épaissi, on trouve une tumeur cylindrique de 6 centimètres de long, de couleur jaunâtre et de surface lisse à travers l'anneau inguinal interne en connexion avec l'épiploon par l'intermédiaire de deux prolongements qui s'insèrent à ses extrémités. L'un de ces prolongements est vraisemblablement une adhérence épiploïque distendue ; l'autre est un cordon de la gros-

seur d'une plume de corbeau qui mène à une seconde tumeur de 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large et un centimètre et demi d'épaisseur, incluse dans un péritoine enflammé. Cette dernière tumeur était rattachée à une anse intestinale grêle par un cordon rond, de 4 millimètres de long partant de sa partie moyenne. L'insertion intestinale se trouve dans la partie opposée à l'insertion du mésentère et à 32 centimètres environ au-dessus de la valvule de Bauhin. On peut suivre le trajet du cordon jusque dans la sous-muqueuse. Cette anse intestinale grêle présentait une coudure très marquée, sans toutefois qu'il y ait occlusion complète.

A l'examen microscopique, les deux tumeurs et le cordon qui les rattache présentent partout la même structure. On ne trouve nulle part de lumière, ni musculature, ni muqueuse : on constate du côté extérieur une couche séreuse, puis un tissu conjonctif représentant la plus grosse partie de la masse. Ce tissu conjonctif est tantôt encore jeune, tantôt un peu plus vieux, pauvre en éléments cellulaires et riche en fibres. Entre les faisceaux du tissu conjonctif, on trouve un exsudat fibrineux et des globules rouges ; par place se rencontrent des foyers calcifiés. Guérison sans complication.

III

KYSTES SITUÉS AU NIVEAU DE LA PAROI ABDOMINALE

OBSERVATION XL

Colmers. (*Archiv. f. klin. chirurgie*, 1906, vol. 79, p. 132.)

Femme de 46 ans, de bonne santé antérieure, ayant eu 11 enfants, dont deux jumeaux. En août 1903, elle fut prise, à l'occasion de chaque mouvement, d'une douleur subite, rapidement irradiée à tout l'abdomen. La malade eut ainsi plusieurs crises douloureuses, puis une crise plus forte avec nausées et vomissements. Un médecin consulté vers cette époque constata la présence d'une tumeur abdominale. La malade dit avoir maigri au cours des derniers mois.

Elle entre à l'hôpital en novembre de la même année. La paroi abdominale est très distendue, et ce n'est qu'après une palpation assez longue qu'on finit par sentir vaguement une résistance dans la région ombilicale. Sous le chloroforme on perçoit, un peu à droite de l'ombilic, une tumeur dure, grosse à peu près comme un œuf, et très mobile.

A l'insufflation, les contours de l'estomac se montrent très nettement, le rebord inférieur de cet organe apparaît à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. Le repas d'épreuve est bien digéré ; le suc gastrique, en petite quantité, est peu acide ; pas d'acide lactique.

Les annexes sont indemnes.

Après plusieurs jours d'observation, la digestion aussi bien que les selles restant normales, on décide de faire une laparotomie exploratrice en posant le diagnostic de tumeur mésentérique (?).

Après ouverture du péritoine, apparaît une tumeur fluctuante, du volume d'un petit œuf de poule, qui adhère à la région ombilicale de la paroi abdominale et se trouve recouverte du feuillet pariétal du péritoine. A la partie inférieure de cette tumeur, on en observe une plus petite, distincte de la précédente, du volume d'une noisette environ, adhérant également à la paroi abdominale, et semblant se prolonger par un pédicule, court et rigide, qui aboutit à l'ombilic.

La tumeur est facilement extirpée de la paroi abdominale. L'estomac, l'intestin et le mésentère, de même que l'utérus et les annexes sont absolument indemnes. Pas d'adénite. Un ganglion un peu hypertrophié au niveau de la grande courbure est enlevé et à l'examen microscopique on y constate une simple hyperplasie. On referme l'abdomen.

Suites normales. La malade quitte le service sans aucun trouble quinze jours après.

La tumeur enlevée présente l'aspect d'un kyste situé entre le feuillet pariétal du péritoine et le grand droit auquel elle adhère sur une large surface. Ce kyste est accompagné d'un autre petit kyste et ce dernier se prolonge par un pédicule court et rigide de 0 cm. 5 de longueur. On incise la tumeur et il en sort une masse de consistance visqueuse, gélatineuse, de saveur salée, presque incolore, transparente, ressemblant à du mucus. Examinée à l'état froid, cette masse renferme un très grand nombre de gouttelettes graisseuses, de paillettes de cholestérine et d'aiguilles d'acides gras, ainsi que des cellules isolées, chargées de graisse, ressemblant à des cellules épithéliales. La paroi des kystes est assez mince, en particulier celle du gros kyste. Elle est recouverte, sur sa face interne, de concrétions calcaires très nombreuses et très adhérentes, mais on

en trouve également quelques-unes détachées dans le contenu du kyste. L'épaisseur de la paroi, dans la portion saillante du côté de la cavité abdominale, ne dépasse pas 0 cm. 2 et, par places, elle atteint à peine 0 cm. 1. A la base seulement l'épaisseur atteint 0 cm. 5, et cela à cause de deux petites formations spéciales décrites plus loin. Les deux kystes communiquent entre eux par une ouverture étroite, mais où l'on peut cependant faire passer la sonde. Le pédicule attaché au petit kyste paraît être plein.

Des fragments de la paroi, pris sur divers points du gros et du petit kyste, sont examinés microscopiquement, de même que l'extrémité libre du pédicule ; quant à l'extrémité reliée au petit kyste, elle est examinée en connexion avec la moitié adjacente du kyste.

Dans la portion libre du kyste (celle qui regardait du côté de la cavité abdominale), la paroi, recouverte du péritoine, comprend une couche mince de tissu conjonctif, sur la face interne de laquelle se trouvent incrustées de nombreuses concrétions calcaires. Les lamelles conjonctives présentent de nombreux indices de dégénérescence. On ne trouve là aucun revêtement épithélial. Près des concrétions calcaires on constate fréquemment une petite couche de tissu nécrotique dans lequel on ne peut distinguer aucun élément cellulaire, mais qui correspond peut-être à un revêtement épithélial. La structure du petit kyste est la même, mais la calcification de la paroi y est beaucoup moins prononcée.

Au niveau de la portion du gros kyste, adhérente à la paroi abdominale, on constate deux kystes secondaires qui ne pouvaient être vus qu'au microscope et qui communiquent avec le gros kyste, comme le montrent les coupes en série par d'étroites ouvertures. Ces deux kystes secondaires microscopiques sont alors munis d'un bel épithélium à hautes cellules cylindriques élevées et présentent des tubes, un peu irréguliers, il est vrai, mais très nets, correspondant aux glandes intestinales normales de Lieberkühn. Par places apparaissent des formations

papillaires qui font saillie à l'intérieur du kyste. Cette couche glandulaire repose sur une muscularis mucosæ très facile à reconnaître, on y trouve des faisceaux de fibres musculaires lisses, mais elles ne présentent pas la disposition intestinale normale en deux couches, sauf en quelques endroits, où l'on distingue les fibres circulaires. On constate enfin, par places, une formation qui correspond au plexus d'Auerbach.

Quant au pédicule du petit kyste, il se présente comme un vestige des vaisseaux omphalo-mésentériques. On y voit deux petits vaisseaux sectionnés perméables contenant des globules sanguins et entourés d'un anneau de fibres musculaires lisses.

L'existence de glandes de Lieberkühn, ainsi que la structure intestinale montrent bien que le kyste s'est développé aux dépens des restes du canal omphalo-mésentérique. Le pédicule rigide doit être considéré comme le vestige des vaisseaux omphalo-mésentériques. Il est intéressant de constater que les deux vaisseaux, encore perméables, servent à la circulation et sont environnés de filets nerveux. La présence de ces éléments nerveux peut expliquer les douleurs qu'avait ressenties la malade.

OBSERVATION XLI

V. Wyss (*Virch. Arch.*, 1870, vol. 51, p. 143.)

A l'autopsie d'un adulte, on trouve dans la région ombilicale un kyste du volume d'un haricot, que l'incision abdominale avait sectionné et dont le siège se trouvait entre la musculature et le péritoine. Il contenait un liquide trouble et visqueux qui renfermait un nombre infini de corpuscules homogènes, brillants, par place stratifiés concentriquement, et en outre de nombreuses cellules épithéliales à cils vibratiles.

La paroi du kyste était constituée par un tissu conjonctif assez compact et tapissée par un revêtement épithélial continu de cellules à cils vibratiles.

OBSERVATION XLII

Roser (*Arch. f. klin. chir.*, 1877, vol. 20, p. 472.)

Il s'agit d'un kyste du canal omphalo-mésentérique que l'auteur a extirpé chez un jeune homme et qu'il avait pris pour un kyste de l'ouraque. Le malade présentait au niveau de l'ombilic une fistule par laquelle suintait un liquide muqueux ; cette fistule s'était formée soi-disant au-dessus d'une tumeur ombilicale qu'un médecin avait incisée.

Opération. Ouverture d'une cavité de 6 centimètres environ de profondeur.

Excision de la muqueuse rouge, tomenteuse, villose, plissée. Cautérisation au chlorure de zinc.

Guérison. A l'examen on trouve de nombreuses glandes de Lieberkühn dans la muqueuse.

OBSERVATION XLIII

Schaad (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1886, vol. 16, p. 345.)

Chez une femme de 32 ans, on trouve à plusieurs travers de doigts au-dessous de l'ombilic, une tumeur ayant environ le volume d'une tête d'enfant, de consistance élastique, bien délimitée, mobile. L'ombilic est normal.

Diagnostic : tumeur ovarique ou épiploïque.

Opération : exactement sur la ligne médiane à environ deux travers de doigts sous l'ombilic se trouve un kyste gros comme une pomme, situé contre la paroi abdominale. Ce kyste est en communication avec un autre kyste adjacent plus petit par une petite ouverture. Leur contenu, couleur chocolat, louche, vis-

queux, renfermait beaucoup de cholestérine et de corpuscules graisseux.

La paroi du kyste le plus volumineux est formée des éléments de la muqueuse intestinale normale avec épithélium cylindrique. Pas d'épithélium ni de glandes dans l'autre kyste.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de kystes entéroïdes on désigne des kystes dont la structure histologique rappelle celle de l'intestin, qui représentent, comme le diverticule de Meckel, des vestiges du canal omphalo-mésentérique, et qui sont situés soit au niveau de la paroi abdominale (kystes entéroïdes juxta-ombilicaux), soit au voisinage de l'intestin (kystes entéroïdes juxta-intestinaux).

2° Ces kystes sont congénitaux et leur développement est intimement lié à l'involution du canal omphalo-mésentérique : il s'agit de débris de ce canal isolés et enkystés. Ils coexistent parfois avec d'autres malformations congénitales.

3° Ces kystes sont presque toujours uniloculaires, peu volumineux, dépassant rarement le volume d'une orange. Ils contiennent un liquide le plus souvent visqueux, de couleur claire ou jaune brunâtre, et dans quelques cas d'aspect hémorrhagique, tenant en suspension de la graisse et de la cholestérine. Comme le diverticule de Meckel, ils siègent à la portion terminale de l'iléon, et parfois très près de l'angle iléo-cœcal. Par rapport à la paroi intestinale, ils sont sous-muqueux, intra-musculaires ou sous-séreux. Dans ce dernier cas ils peu-

vent siéger au bord libre de l'intestin ou au bord mésentérique, dédoublant les deux feuillets du mésentère.

4° Leur structure histologique est très analogue à celle de la paroi intestinale, mais avec quelques différences : la paroi en est plus épaisse et est tapissée par une muqueuse à épithélium cylindrique : il n'y existe pas de véritables glandes de Lieberkühn, mais plutôt des cryptes glanduliformes irrégulières et ramifiées, parfois assez exubérantes pour donner à la paroi un aspect adénomateux. Le chorion est épaissi et congestionné et il ne contient pas de formations lymphoïdes.

5° Au point de vue clinique ces kystes s'observent surtout dans la première enfance, mais bien que congénitaux, ils peuvent ne révéler leur existence qu'à un âge assez avancé. Ils ne donnent d'ailleurs lieu qu'à des symptômes très vagues et c'est presque uniquement à l'occasion d'une complication, l'occlusion intestinale, qu'on les découvre. Pourtant, dans quelques cas, des douleurs abdominales, des crises de vomissements, de l'ascite, attirent l'attention sur l'abdomen où l'on peut sentir une tumeur régulière, peu volumineuse, dont les caractères n'ont rien de bien spécial.

6° Le diagnostic de ces kystes est donc très difficile dans un cas comme dans l'autre. Il n'a encore jamais été fait avant l'intervention. On devra penser à la possibilité d'un entérokystome en cas d'occlusion intestinale aiguë survenant quelques jours après la naissance, surtout si le sujet est porteur d'autres malformations. Le pronostic de ces kystes est sérieux par suite de la fréquence de cette complication qui, dans les cas jusqu'ici

observés, a été le plus souvent mortelle, malgré l'intervention. Cette intervention ne présente rien de particulier, c'est le plus souvent une opération de volvulus avec drainage ou extirpation du kyste.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TERRIER.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — *Journ. Anat. and Phys.*, 1882-83, vol. 17, p. 59.
- AUGAGNEUR. — *Thèse d'Agrégation*, Paris, 1886.
- ANDERSON. — Multiple cysts of stomach and small intestines.
The Brit. med. Journ., 1898, t. I. p. 426.
- BATTLE. — Cyst of small intestine. *Brit. med. Journ.*, 1885,
t. I, p. 839.
- BLANC. — Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.
Thèse, Paris, 1898-1899.
- BLAND-SUTTON. — *Brit. med. Journ.*, 1891, vol. I, p. 343.
- BORRMANN. — *Zeitschr. f. Krebs.*, 1904, Bd 2, heft I, u. 2.
- BRAQUEHAYE. — *Arch. générales de Médecine*, sept. et novembre 1892.
- BUCHWALD. — Ueber Darmcysten (Enterokystome) als Ursache eines completeu Darmverschlusses. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Bd 13, p. 868.
- BUZZI. — Ueber einen Fall von angeborenem Divertikel des Jejunums. *Virchow's Arch.*, 1885, Bd 100, p. 357.
- CAUTLEY. — *Lancet*, 1906, vol. I, p. 436-437.
- COLMERS. — Die Enterokystome und ihre chirurgische Bedeutung. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1906, p. 132.
- DITTRICH. — Ueber zwei seltenere, auf mangelhafte Involution des Ductus omphalo-mesentericus zu beziehende Darmbefunde. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1885. Bd VI, S. 282.
- DITTRICH. — *Prag. med. Wochenschr.*, 1889, p. 307.
- DÖSSEKER. — Klinischer Beitrag zur Lehre von den Urachus-cysten. *Bruns' Beiträge*, 1893, Bd 10, p. 102.

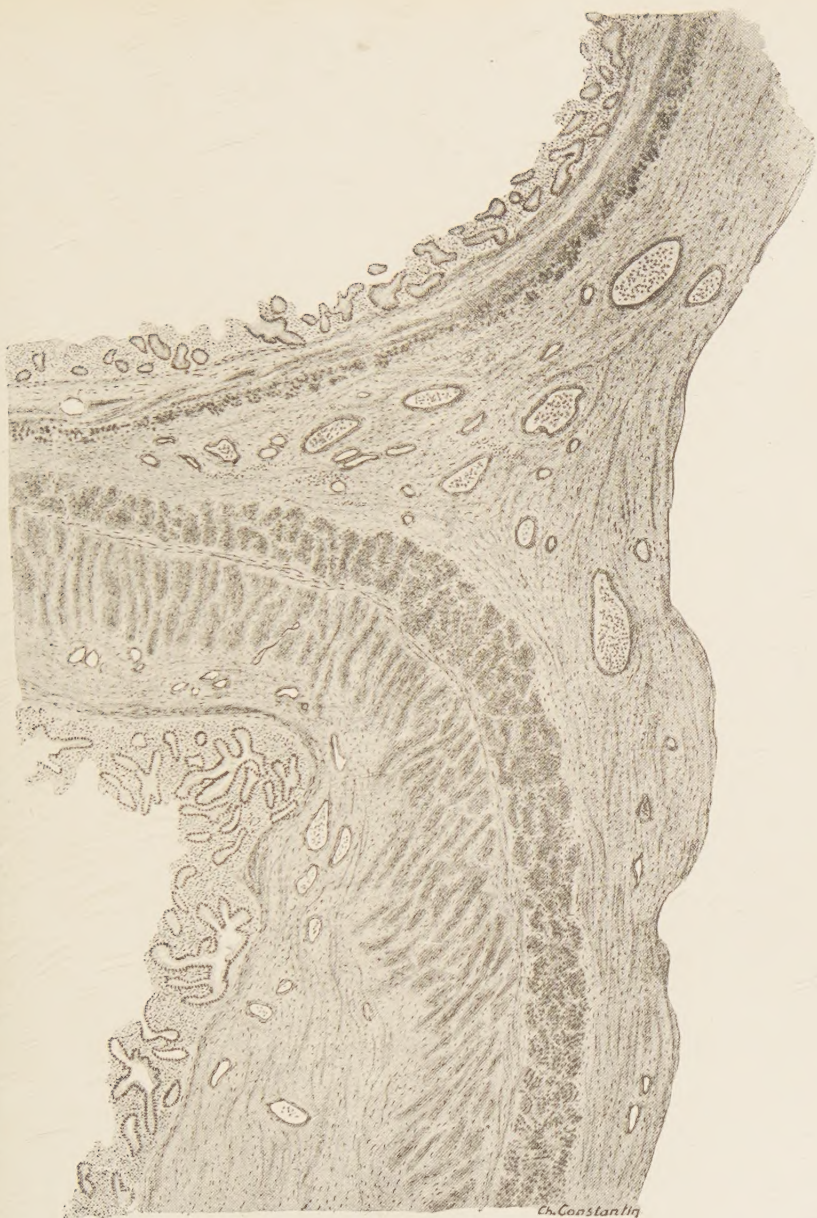
- DUSCH (V.) — Ueber Darmcysten. *Verhandl. d. nat.-med. Vereins Heidelberg*, 1888-1892, IV.
- EBERTH. — Zur Kenntniss des feineren Baues der Flimmerepithelien. *Virchow's Archiv.*, 1866, Bd 35, p. 477.
- FITZ. — Persistent omphalo-mesenteric remains ; their importance in the causation of intestinal duplication, cystformation and obstruction. *Americ. Journ. of med. Science*, 1884, vol. 88, p. 40.
- FOSSARD et LECÈNE. — Kyste du mésocôlon transverse. *Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 1076.
- FRÄNKEL. — Ueber Cysten im Darmkanal. *Virchow's Archiv. f. Path. Anat.*, 1882, Bd 87, p. 281.
- FORGUE et RICHE. — Le Diverticule de Meckel. Paris, 1907.
- FRÖHLICH. — Ein Fall von Jejunum duplex. *Inaug. Diss. Halle*, 1891.
- FUNKE. — Die Dermoide der Bauch- und Beckenhöhle. *Beitr. z. Geburtsh. und Gyn.*, 1900.
- GERNET. — Ein Enteroteratom. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1894, Bd 39, p. 467.
- GEFELLER. — Beitrag zur Casuistik der angeborenen Darmcysten. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1892, Bd 65, p. 330.
- GREEN. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1869, vol. 20, p. 173.
- GÜTERBOCK. — Ueber einen Fall von Dermoidgeschwulst des Nabels. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1891, Bd 32, p. 318.
- HEATON. — *Brit. Med. Journ.*, 1893, I, p. 473.
- HEDINGER. — Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Abdominalcysten. *Virchow's Arch.*, 1902, Bd 167, p. 29.
- HENDEE. — Ein Fall von Meckel'schem Divertikel ungewöhnlicher Art. *Bruns' Beitr.*, 1904, Bd 42, p. 542.
- HENNIG. — Cystis intestinalis, cystis citra oesophagum bei einem Neugeborenen. *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, p. 398.
- HOUSTON. — Descriptive Catalogue of the Preparations in the Museum of the Royal College of Surgeons in Ireland, 1834, I, 38.

- HUETER. — Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Darmgeschwülste. *Ziegler's Beitr.*, 1896. Bd. 19, p. 391.
- JESSET. — Cyst in transverse mesocolon. Cœliotomie. Cyst removed. Recovery. *The Brit. Gyn. Journ. London*, 1898, vol. XIV, p. 357.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.
- KOLACZEK. — Beiträge zur Geschwulstlehre, 5 u. 6. Zwei Enteroteratome des Nabels. *Arch. f. klin. Chir.*, 1875. Bd. 18, p. 349.
- KOLLMANN. — Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. *Jena*, 1898.
- KULENKAMPF. — Ein Fall von Enterokystom. Tod durch Darmverschlingung. *Centralbl. f. Chir.*, 1883, p. 679.
- KUSTNER. Das Adenom und die Granulations geschwulst am Nabel des Kindes. *Virchow's Arch.*, 1877. Bd. 69, p. 286.
- KUZMIK. — Ein Fall von Darmcyste in der Sacralregion. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1895.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux.
- LAMB. — *The Americ. Journ. of the med. science. Philadelphie*, vol. C, n° 6, p. 633.
- LEDDERHOSE. — Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken. *Deutsche Chir.*, Lief. 45, b, p. 100. 1890.
- LEICHTENSTERN. — Verengerungen, Verschliessungen und Lageveränderungen des Darms. *Handb. der spec. Path. u. Ther. Herausg. v. Ziemssen*, 1876, Bd. 7, 2 Hälfte, p. 421.
- LEXER. — Ueber teratoide Geschwülste der Bauchhöhle und deren Operation. *Arch. f. Chir.*, 1900, Bd. 61, p. 648.
- LUTZ. — Cyst of the mesocœcum and meso-ascending colon. *Transact. med. ass. Missouri, St-Louis*, 1887, p. 93-96.
- MARCHIAFAVA. — Contribution à l'étude des kystes de l'intestin. *Arch ital. de biol.*, 1882, I, p. 429.
- MECKEL. — Handbuch für pathologische Anatomie, 1812, p. 558.

- MINTZ. — Das wahre Adenom des Nabels. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1899, Bd. 51, p. 545.
- MOUTON. — Mucous cyst in the interior of the cœcum and connected with the base of the appendix excision of the cyst, etc. *Bristol med. chir. Journ.*, 1897, vol. XV, p. 319.
- A cyst removed from the inside of the cœcum. *Transact. of the path. Soc. of London*, 1898, vol. XLIX, p. 111.
- MOYNIHAN. — Annals of Surgery, 1897, t. XXVI, p. 1.
- NAGER. — *Beiträge zur. allg. u. sp. Pathologie*. Dr Ziegler. Bd. 36, Heft 1.
- NASSE. — Ein Fall von Enterokystom. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1898. Bd. 45, p. 700.
- PACKARD. — Cysts of intestine. *Proc. path. Soc. Philadelphia*, 1858, I, p. 138.
- PENKERT. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1902. Bd. 64, p. 431.
- PUSCHMANN. — Ein Fall von Darmcysten. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1904, Bd. 72, p. 109.
- QUENSEL. — *Nordiskt Mediciniskt Archiv.*, 1898, n° 30, p. 1.
- V. RAESFELD. — De hernia littrica. *Inaug. Diss. Berolini*, 1852.
- RIMBACH. — Zur Casuistik der Enterokystome. *Inaug. Diss. Giessen*, 1897.
- RIS. — Ein Fall von Cyste des grossen Netzes. *Bruns' Beiträge*, 1893, Bd. 10, p. 423.
- G. ROEGNER. — Ein Enterokystom des Mesenteriums und Netzes. *Virchow's Archiv. f. path. Anatomie*, 1905, Bd. 181, p. 521.
- ROGERS. — *Brit. med. Journ. London*, 1857, I, p. 405.
- ROGIE. — *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1892, II, p. 411.
- ROSER. — Ueber Operation der Urachuszysten. *Arch. f. klin. Chir.*, 1877. Bd. 20, p. 472.
- ROTH. — Ueber Missbildungen im Bereich der Ductus omphalomesentericus. *Virchow's Arch.*, 1881, Bd. 86, Heft 3, p. 371-390.
- RUGE. — *Zeitschr. f. Geburt. und Gyn.*, 1877, I, p. 7.

- RUNKEL. — Ueber cystische Dottergangsgeschwülste (Enterokystoma, Roth). *Inaug. Diss.* Marbourg, 1897. ♀
- SAENGER-KLOPP. — Zur anatomischen Kenntniss der angeborenen Bauchcysten. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. 16, p. 415.
- SCHAAD. — Ueber die Exstirpation einer Cyste des Dotterganges. *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1886, Bd. 16, p. 345.
- SELIGMANN. — *Jahrb. der Hamburger. St.-Krankenanst.*, 1890, Bd. 2, p. 129. Leipzig, 1892.
- SPRENGEL. — *Deutsch. Ges. f. Chir.*, 1900, p. 537.
- STEINTHAL. — Die Verletzungen und Erkrankungen der Bauchdecken *Handb. d. pract. Chir.*, 1903. Bd. 3, p. 25.
- TERRIER et LECÈNE. — Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. *Revue de Chirurgie*, 10 février 1904, p. 161.
- TIEDMANN. — Anatomie der Kopfloren Missgeburten. *Landshut*, 1813, p. 66.
- TSCHERNING. — Heus hos Nyfodt pa Grund af kongenit Enterocystom. *Nordiskt Mediciniskt Arkiv.*, Bd. XV, n° 9, 11.
- WILMS. — Ueber die Dermoidcysten und Teratome. etc. *Arch. f. klin. Med.*, 1895. Bd. 55.
- V. WYSS. — Zur Kenntniss der heterologen Flimmercysten. *Virch. Arch.*, 1870, Bd. 51, p. 143.
- ZUMWINKEL. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, Bd. 33, p. 838.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)



Ch. Constantin

A la partie supérieure on voit la lumière de l'intestin grêle. à la partie inférieure, le kyste. Remarquez l'épaisseur des parois du kyste due à la fois à l'hypertrophie de la sous-muqueuse ainsi que de la musculuse, et à l'hypertrophie de la muqueuse elle-même qui contient des cryptes glandulaires irrégulières et ramifiées. Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont notablement dilatés. (Grossissement 40/1.)

